FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

363

Année 1905

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 8 Juin 1905, à 1 heure

Par Mlle LEA RIDNICK

Née à Melitopole (Russie), le 9 mars 1879.

KYSTES HYDATIQUES DU FOIE

ET

CHOLÉMIE SIMPLE FAMILIALE

Président : M. GILBERT, *Professeur.*

Juges : MM. DIEULAFOY, *Professeur.*
VAQUEZ, *Agrégés.*
RENON, *Agrégés.*

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M.	DEBOVE.
Professeurs	MM.	
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		Ch. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		N....
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT.
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale		ROGER.
Clinique médicale		LANDOUZY. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses		RAYMOND.
Clinique chirurgicale		LE DENTU. RECLUS. TERRIER. BERGER.
Clinique ophtalmologique		DE LAPERSONNE
Clinique des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRE.	LEGUEU.	RICHAUD.
BALTHAZARD	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, *Chef des travaux anatom.*
BRANCA.	FAURE.	MACAIGNE.	TEISSIER.
BRINDEAU.	GOSSET.	MAILLARD.	THIROLOIX.
BEZANÇON.	GOUGET.	MARION.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GUIART.	MAUCLAIRE.	WALLICH.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	
CLAUDE.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A MES PARENTS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur GILBERT

PROFESSEUR DE THÉRAPEUTIQUE A LA FACULTÉ
MÉDECIN A L'HÔPITAL BROUSSAIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Nous profitons de l'occasion qui nous est offerte pour remplir notre dernier bien agréable devoir envers tous ceux à qui nous devons notre éducation médicale.

Nous adressons, au début de ce modeste travail, nos sincères remercîments à tous nos maîtres de la Faculté de Montpellier et de la Faculté de Paris, qui par leur enseignement, nous ont aidé d'arriver à notre but.

M. le Professeur Gilbert, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail, nous a fait un grand honneur en acceptant la présidence de notre thèse. Nous sommes très sensible à cette marque de bienveillance et lui exprimons notre hommage respectueux et notre reconnaissance profonde.

M. le Docteur Lereboullet n'a ménagé ni son temps ni sa peine pour nous guider dans notre travail et c'est grâce à lui que nous l'avons mené à bien. Nous sommes très heureux de lui exprimer ici notre vive gratitude et d'apporter nos remercîments les plus sincères.

CHAPITRE PREMIER

Le terrain hépatique.

Depuis longtemps il est reconnu que dans le développement des affections du foie interviennent certainement, outre la cause qui a en apparence déterminé la maladie, d'autres conditions étiologiques agissant comme causes prédisposantes.

C'est ainsi que, si la cirrhose alcoolique survient toujours chez des buveurs, d'où son nom, néanmoins tout alcoolique ne devient pas cirrhotique.

Le cancer du foie ne paraît également survenir primitivement, que chez certains sujets.

De même enfin les infections des voies biliaires, malgré la présence des germes microbiens à l'état normal dans les voies biliaires extra-hépatiques (Gilbert et Lippmann), ne survient pas chez tous les sujets.

On doit donc admettre que pour qu'une affection du foie ou des voies biliaires se développe, une certaine prédisposition est nécessaire, préparant le terrain sur lequel, sous l'influence d'une cause donnée, viendra se fixer et évoluer la lésion. C'est ce qui, pour la cirrhose alcoolique, a déjà été vu et affirmé, il y a plusieurs années, par Hanot (1).

(1) Hanot. *Semaine médicale*, 1893, p. 209.

Cet auteur, en effet, en étudiant les phases de la cirrhose, montrait qu'elle ne se développait que chez les prédisposés et, selon lui, cette prédisposition avait pour substratum l'arthritisme, c'est-à-dire un état constitutionnel caractérisé entre autres éléments par une viciation congénitale et héréditaire de la nutrition du tissu conjonctif et de ses dérivés qui deviennent des tissus de moindre résistance. Si donc, de deux alcooliques, un seul devient cirrhotique, c'est selon Hanot parce qu'il est antérieurement arthritique.

De même et plus anciennement encore, Murchison (1) avait signalé que lorsqu'on recherche avec soin les antécédents des malades atteints du cancer primitif du foie, on trouve qu'ils étaient depuis longtemps des bilieux.

Toutefois, cette notion du terrain hépatique, discutée également dans de nombreux travaux de M. Glénard, était restée jusqu'à ces dernières années une notion vague et imprécise, sans que rien puisse faire dire avec certitude en quoi elle consistait exactement.

Depuis quelques années, les travaux de MM. Gilbert et Lereboullet ont éclairci ce chapitre de pathologie et en fixant l'existence de la nature du terrain biliaire, ont permis d'aborder avec fruit l'étude du terrain hépatique.

Ces auteurs ont, en effet, établi que les affections des voies biliaires forment un groupe naturel de faits (famille biliaire), ne se développant que sur un terrain spécial (terrain biliaire).

Ils ont, à ce propos, insisté sur l'extrême fréquence de la cholémie simple familiale, cet état pathologique décrit

(1) Murchison. *Leçons sur les maladies du foie*, traduct. Cyr, p. 579.

par eux et que l'on retrouve à peu près toujours à l'origine des affections biliaires ; son existence prouve qu'antérieurement au début de celles-ci, le foie n'était pas indemne et était prédisposé par là même à des lésions plus marquées. Cet état pathologique peu grave par lui-même (la cholémie familiale est plutôt un tempérament qu'une maladie) (1) présente une grande importance et il est donc utile à le reconnaître parce qu'il révèle une lésion minime des voies biliaires, lésion qui est à la source des troubles multiples que peut présenter le foie à l'avenir.

Grâce à sa notion, MM. Gilbert et Lereboullet ont pu non seulement préciser l'étiologie des affections biliaires, mais reprendre l'étude étiologique des affections du foie proprement dites et constater que ces affections se développent elles-mêmes sur le terrain de la cholémie familiale et non chez n'importe quel sujet. Les cirrhoses alcooliques surviennent chez des sujets ainsi prédisposés ; ils ont retrouvé dans les antécédents de ceux qui en sont atteints tout ou partie des symptômes de la cholémie familiale.

MM. Gilbert et Lereboullet ont d'ailleurs fait remarquer que cette prédisposition s'expliquait facilement ; en effet, sous l'influence d'une même cause héréditaire, les cellules biliaires et hépatiques, grâce à leur unité embryogénique, peuvent être également frappées dans leur fonctionnement normal. La cellule biliaire se laisse envahir plus facilement par l'infection ascendante d'où la production des symptômes de la cholémie familiale et

(1) Gilbert et Lereboullet. Cholémie simple familiale. *Semaine médicale*, 24 juillet 1901 et *Gazette hebdomadaire*, septembre 1902.

des diverses formes d'angio colite chronique. La cellule hépatique se laisse de son côté plus facilement léser par les poisons apportés par voie sanguine, par diverses toxines et par l'alcool en particulier, d'où la formation plus facile de cirrhose alcoolique, lorsque l'intoxication alcoolique frappe des sujets ainsi prédisposés.

De même que les cirrhoses alcooliques, le cancer primitif du foie semble également se développer surtout chez les cholémiques. MM. Gilbert et Lereboullet ont observé depuis quelques années d'assez nombreux malades, dont l'histoire personnelle et familiale prouvait les relations étiologiques entre la cholémie familiale et diverses affections biliaires d'une part et le cancer primitif du foie de l'autre.

Ils ont tout récemment insisté sur ces faits et montré notamment comment la double hérédité cancéreuse et biliaire se retrouvait parfois, expliquant la localisation au foie du néoplasme primitif.

Ils ont en outre fait remarquer que la notion de la préexistence de la cholémie familiale au cancer primitif du foie peut avoir son utilité en clinique, car la présence ou l'absence de cette dernière apporte un élément de diagnostic important entre le cancer primitif et secondaire du foie. L'absence de tout antécédent cholémique est un signe qui, joint à d'autres, peut faire rejeter l'existence d'un cancer primitif du foie.

Cette étude du terrain hépatique peut mener à d'autres résultats encore et MM. Gilbert et Lereboullet ont montré récemment le rôle qu'il joue dans la production du kyste hydatique du foie. En nous basant sur leurs observations et celles que nous avons personnellement

recueillies, nous espérons montrer à notre tour que le kyste hydatique du foie, réserve faite de certains cas, se développe sur un terrain spécial.

C'est donc une contribution à l'étude du terrain hépatique que nous voulons apporter ici en étudiant, sur les conseils du professeur Gilbert, les relations du kyste hydatique et de la cholémie familiale.

CHAPITRE II

Etiologie des kystes hydatiques du foie.

Nous n'avons pas à insister ici sur l'historique des kystes hydatiques du foie, de connaissance ancienne, puisqu'il y a plus de deux siècles que leur origine parasitaire était reconnue, ce n'est que plus récemment qu'ils ont été l'objet de nombreux travaux qui en ont fixé leurs caractères anatomiques et leur étiologie parasitaire. On sait actuellement que le kyste hydatique représente une phase particulière — la phase vésiculaire — du développement d'un tænia, le tænia echinococcus, parasite qui à l'état adulte habite l'intestin du chien, du loup, du chacal et du chat. C'est le plus petit des vers cestoïdes, ayant 4^{mm} de longueur, il est formé par 4 ou 5 segments dont une petite tête cylindro-conique à rostre acuminé, couronnée d'une double rangée de forts crochets au nombre de 14 à 15 par rangée.

En arrière des crochets il y a 4 ventouses. Le dernier segment est pourvu des organes génitaux, contenant des œufs très nombreux et revêtus d'une coque cornée très résistante. La coque de ces œufs, une fois dans l'estomac de l'homme, se ramollit sous l'action du suc gastrique et met en liberté un embryon hexacanthe, pourvu de ventouses, rostre et crochets.

Ce dernier peut être éliminé ou au contraire absorbé

par un mécanisme assez mal connu, peut-être par la voie vasculaire (veine porte) et arrivant dans un milieu favorable, s'y greffer ; alors, par sa partie postérieure, il donne naissance à une vésicule séreuse dans laquelle il s'invagine et qui, l'enfermant peu à peu dans sa cavité, forme le kyste.

Le kyste échinococcique est formé de deux couches :

Une externe, épaisse — cuticule ; l'autre interne, mince, granuleuse avec des noyaux — membrane germinale. A cette dernière sont appendus de nombreux petits grains, qui sont formés par des petites vésicules, vésicules proligères, contenant les corps ovoïdes plus sombres, scolex,

Les vésicules proligères existent dans tous les kystes hydatiques primitifs, contrairement à une autre formation échinococcique, les vésicules filles qui ne se rencontrent pas constamment. Ces dernières ne naissent pas de la membrane germinale, mais dans l'épaisseur même de la cuticule. Ces vésicules filles sont entourées d'une membrane, comme le kyste lui-même ; comme ce dernier elles peuvent donner naissance à des vésicules proligères ou à des vésicules, dont la structure se rapproche beaucoup de la leur et qu'on appelle les vésicules petites filles.

Telles sont, brièvement résumées, les phases du développement du tænia echinococcus chez l'homme.

Mais nous n'avons ainsi rappelé que les caractères zoologiques du parasite et son évolution ; comment et à la faveur de quelles circonstances peut-il à l'intérieur du foie accomplir semblable évolution ? C'est ce que nous devons maintenant rapidement exposer.

C'est en général par le chien que l'homme se conta-

mine dans la vie courante ; de même que les animaux. La première phase évolutive (phase embryonnaire) se fait chez l'homme ou l'animal quelconque après qu'ils ont absorbé de l'eau ou des aliments contaminés par les œufs du tænia ; ces derniers sont disséminés d'ordinaire par les matières fécales du chien.

Le chien ne s'est d'ailleurs infecté que d'une seule façon, en mangeant les kystes fertiles des animaux de boucherie. Chez lui se fait la dernière phase évolutive, phase adulte. Cet animal ainsi infecté transporte sur sa langue les œufs et les embryons restés attachés aux poils du pourtour de l'anus, d'où la multiplicité des causes de contamination. Ce ne sont pas seulement, en effet, des eaux impures souillées par les matières fécales, qui peuvent amener la contamination. Le chien peut infecter son maître soit en le léchant ou léchant les ustensiles de cuisine, les assiettes, etc., soit en contaminant, comme nous avons dit, ses aliments et boissons.

Par l'un ou l'autre de ces modes, l'œuf arrive dans l'estomac de l'homme. Là, sa coque se dissout sous l'action du suc gastrique et l'embryon est mis en liberté. De la région pylorique où il se trouve en ce moment, l'embryon passe à travers les parois intestinales dans les radicules de la veine porte d'où le courant sanguin l'entraîne dans le foie où il s'arrête le plus souvent. Une fois là, l'embryon commence à grossir et à se développer peu à peu et en 5 mois il présente sa phase de développement complet chez l'homme.

A partir de ce moment, il ne change plus dans sa structure, mais le kyste peut augmenter de volume, et peutatteindre quelquefois celui d'une tête d'enfant.

Les kystes hydatiques exigent parfois de longues années pour leur développement. Cette longue latence explique en partie la rareté du kyste dans le jeune âge.

Le traumatisme de la région hépatique a un rôle important dans la production des kystes. Il joue le rôle de cause occasionnelle pour accélérer le développement d'un kyste jusque-là latent. Certains kystes subissent une régression spontanée, avec calcification secondaire de leurs parois.

D'autres, au contraire, augmentent et atteignent un volume considérable, le parenchyme hépatique se modifiant à leur pourtour et pouvant même subir une hypertrophie compensatrice.

L'étiologie des kystes hydatiques est donc nettement établie, et l'on sait comment ils naissent à la suite d'une contamination directe ou indirecte du tube digestif de l'homme par le chien et comment ils se développent dans le foie. Mais un certain nombre de points de cette étiologie restent encore inconnus. Sans doute il est facile de comprendre pourquoi ils existent partout et pourquoi notamment ils existent dans certaines terres classiques de la maladie hydatique comme l'Islande. Là, la cohabitation de l'homme avec le chien est extrême. Les chiens, fort nombreux, sont plus souvent contaminés qu'ailleurs, et étant donnée la misère où vivent les habitants de ce pays qui diminue leur résistance, on comprend que chez eux la contamination soit particulièrement facile.

Mais dans nos pays il n'en est plus de même. Sans être exceptionnels, les kystes hydatiques du foie sont loin d'être une maladie fréquente, et pourtant les causes

de contamination sont assez grandes. Le nombre des chiens contaminés est encore considérable, d'autant plus que des règles hygiéniques spéciales à ce point de vue font défaut ; les recherches récentes et démonstratives de Devé (1) ont montré à cet égard combien fréquemment les chiens pouvaient être infectés autour de certains abattoirs par de la viande contaminée de kystes, sans doute impropre à la consommation humaine, mais permise pour l'usage des chiens. Elle ne tarde pas à les contaminer et ils deviennent vecteurs d'hydatides, qu'ils peuvent aller semer partout.

Il n'est donc pas douteux que les causes de contamination par les chiens sont fréquentes en France. Pourtant, si on les retrouve à l'origine de certaines observations, elles sont souvent réalisées sans que le kyste se produise.

D'ailleurs pourquoi le kyste ici subit-il une régression spontanée, là se développe-t-il et pourquoi tantôt n'amène-t-il aucune réaction du parenchyme hépatique, tantôt s'accompagne-t-il d'hypertrophie du parenchyme ? Il y a là des causes que l'étude étiologique des kystes hydatiques laissait jusqu'à présent à l'ombre.

Il semble pourtant prouvé que pour que le kyste hydatique se développe, d'autres conditions sont nécessaires que la seule présence du parasite dans l'intestin de l'homme. Il faut que celui-ci lui offre un terrain favorable. Comme les parasites microbiens, et plus encore qu'eux étant donné le degré de son organisation, le tænia échinococcus doit trouver un milieu apte à son dévelop-

(1) Rapport de R. Blanchard. *Académie de médecine*, 6 décembre 1904.

pement et ce n'est que sous certaines conditions que le foie peut lui offrir semblable milieu.

C'est l'étude de ces conditions, que les recherches de MM. Gilbert et Lereboullet permettent de faire. Elles montrent, en effet, que le plus souvent dans nos pays, l'embryon hexacanthe ne se fixe et ne se développe dans le foie que lorsque le sujet a présenté une maladie biliaire antérieure (la cholémie familiale ou une autre affection biliaire) qu'il faut un terrain hydatique, comparable au terrain tuberculeux. Sans doute dans certaines conditions que nous rappellerons encore, pareille nécessité n'existe pas, mais dans les conditions qui sont celles de nos pays, la prédisposition paraît nécessaire.

CHAPITRE III

Relations entre la cholémie familiale et le kyste hydatique du foie.

Nous venons de conclure le chapitre précédent par l'affirmation d'un terrain hydatique, nécessaire au développement dans nos pays, et dans les conditions ordinaires de contamination, des kystes hydatiques. Et nous avons dit que les kystes hydatiques se développent de préférence, d'après l'observation de MM. Gilbert et Lereboullet et la nôtre, chez les sujets atteints antérieurement de cholémie familiale ou d'une affection biliaire plus accusée. Ils se rapprochent ainsi de la cirrhose alcoolique et du cancer primitif du foie qui se développent également sur le terrain de la cholémie familiale. La démonstration de l'existence antérieure d'une affection biliaire est donnée par les observations de MM. Gilbert et Lereboullet, et celles recueillies par nous-mêmes. Mais pour que ces observations soient bien recueillies, il faut auparavant bien connaître les multiples symptômes de la cholémie familiale et savoir, par un interrogatoire détaillé et précis, les retrouver dans les antécédents des malades atteints de kyste hydatique. On risquerait sans cela de les méconnaître et ceci suffit pour expliquer que la plupart des observations publiées soient muettes à ce sujet.

Nous devons donc tout d'abord rappeler ce qu'est la cholémie familiale et par quels nombreux symptômes elle peut se traduire.

§ Ier. — Etude clinique de la cholémie familiale.

La cholémie familiale, qui remonte à la naissance ou à de longues années en arrière, est en état compatible avec une santé apparente, c'est plutôt un tempérament qu'une maladie, mais qui, à côté des symptômes liés directement à l'affection biliaire, peut entraîner une série de symptômes secondaires, dont l'origine biliaire peut être méconnue et qui sont souvent à tort considérés comme primitifs.

MM. Gilbert et Lereboullet distinguent donc dans la cholémie familiale deux ordres de symptômes : symptômes fondamentaux et symptômes secondaires, dont la recherche jointe à celle des antécédents familiaux peut permettre d'affirmer l'existence de la cholémie familiale en dehors même de tout examen du sérum.

Symptômes fondamentaux. — Ils sont tirés de l'état des téguments, de l'état des urines, de l'état du foie et de la rate, de l'état du sérum enfin.

Etat de la peau. — Du côté de la peau la cholémie se traduit par trois ordres de modifications : les xanthodermies, les mélanodermies, le xanthélasma.

Xanthodermies. — L'ictère de la cholémie familiale est un ictère toujours léger et souvent fruste ; jamais les conjonctives non plus que les muqueuses ne sont colorées, du moins d'une façon permanente. Son intensité

est assez variable, et c'est ainsi qu'il va depuis le teint simplement mat, rappelant assez bien celui de certaines anémies symptomatiques ou de la chlorose, jusqu'à une teinte verdâtre ou olivâtre de la peau. Etendue dans certains cas à tous les téguments, la xanthodermie est très souvent localisée. Dans ce dernier cas elle siège à la face ou à une région de la face ; front, pourtour des lèvres, sillons naso-labiaux ; souvent aussi elle affecte d'autres régions, telles que la paume des mains ou la plante des pieds (signe palmo-plantaire).

Mélanodermies. — Les mélanodermies ou bien existent seules s'étant substituées à la xanthodermie, ou bien viennent s'ajouter et renforcer cette dernière.

Elles peuvent revêtir de nombreux aspects ; nous énumérons les plus fréquemment rencontrés.

Ce sont : 1° *les nævi pigmentaires*, ou grains de beauté ; ils peuvent être congénitaux ou acquis et siéger tantôt exclusivement au niveau de la face, tantôt à la fois sur la face et en d'autres points du corps ; 2° *les taches de rousseur*, *taches de lentigo*, *éphélides* ; 3° *les taches biliaires*, anciennement désignées sous le nom de taches hépatiques. Dans certains cas elles sont petites, quoique plus larges que les taches de rousseur, et sont disséminées. Dans d'autres cas elles sont plus étendues et en même temps se groupent au pourtour des yeux, constituant ainsi une véritable lunette pigmentaire. Dans un dernier groupe de faits, enfin, ce ne sont plus de simples taches, mais de véritables placards pigmentaires, qui se localisant sur les tempes, le front, forment un masque, masque biliaire ; 4° *la pigmentation marquée du dos des mains*, rappelant la peau du nègre et qui s'oppose au

signe palmo-plantaire, que nous connaissons déjà ; 5° enfin dans certains cas, au lieu de rester disséminée, *la mélanodermie se généralise* et le teint déjà foncé et terreux prend un caractère nettement mélanodermique, qui peut faire penser à la maladie d'Addison ; 6° ajoutons, enfin, que sous l'influence d'agents excitants, tels que soleil, chaleur, vésicatoire, pointes de feu, teinture d'iode ou d'affections cutanées (zona, herpès), les cholémiques se surpigmentent, et ainsi se constitue tout un grouge de *pigmentations provoquées*, qui elles aussi ont leur valeur clinique. Qu'elles soient spontanées ou provoquées, les mélanodermies de la cholémie familiale sont dues à la présence de la bile dans le sang. C'est de la bile, en effet, que la cellule pigmentaire tire ses matériaux nécessaires à l'élaboration de la mélanine (1).

Xanthelasma. — Quand au xanthélasma des paupières, il est plus rare, mais encore relativement fréquent ; c'est un excellent signe de cholémie, lorsqu'il s'associe aux xanthodermies et aux mélanodermies.

Etat des urines. — Dans la majorité des cas, les pigments biliaires ne sont pas constatés dans les urines, quelle que soit la réaction dont on se serve (Gmelin ou Salkowski). Mais s'il y a *acholurie pigmentaire*, il existe, par contre, d'une façon très fréquente, de l'*urobilinurie*, ce qui démontre la présence d'une certaine quantité de bile dans le sang.

Les travaux de MM. Gilbert et Herscher (2) ont, en

(1) Gilbert et Lerebullet. Les mélanodermies d'origine biliaire. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, 2 mai 1902.

(2) Gilbert et Herscher. Origine rénale de l'urobiline. *Soc. de biol.*, 28 juin 1902.

effet, montré que l'urobiline était le plus souvent d'origine rénale et qu'elle était formée par le rein aux dépens des pigments biliaires circulant dans le courant sanguin (1).

Etat du foie et de la rate. — Dans la majorité des cas, le foie et la rate sont normaux ; cependant, l'un ou l'autre des deux organes, ou les deux organes à la fois, peuvent être augmentés de volume. Aussi a-t-on pu décrire une forme hépato mégalique, une forme spléno mégalique et une forme hépato spléno mégalique de la cholémie familiale.

Etat du sérum. — L'examen du sérum, par addition d'acide azotique montre, d'une façon constante, la présence des pigments biliaires. En cas de cholémie pathologique, cette réaction apparaît rapidement et avec une certaine intensité. Ces deux caractères permettent de la distinguer de celle que l'on obtient en examinant un sérum normal et qui correspond à une cholémie physiologique, ainsi que l'ont montré les recherches de MM. Gilbert, Herscher et Posternak (2).

A cet effet, d'ailleurs, ces auteurs ont établi une échelle qui permet d'évaluer approximativement la quantité de bilirubine contenue dans le sérum.

Symptômes secondaires. — Les symptômes secondaires sont nombreux, et, attirant souvent seuls l'atten-

(1) Herscher. *Origine rénale de l'urobiline.* Thèse de Paris, juillet 1902. Steinheil, édit.

(2) Gilbert, Herscher et Posternak. Sur la réaction de Gmelin dans les milieux albumineux. *Soc. de biol.*, 2 mai 1903. — Sur la signification de l'anneau bleu produit par le réactif de Gmelin dans certains sérums. *Soc. de biol.*, 9 mai 1903. — Sur un procédé de dosage de la bilirubine dans le sérum sanguin (cholémimétrie). *Soc. de biol.*, 12 décembre 1903, et Stankéwitch, *Cholémimétrie.* Thèse de Paris, 1904.

tion du médecin, il sont ainsi la cause d'erreurs de diagnostic.

Cependant, lorsqu'on les connait bien, ils permettent de dépister rapidement l'existence de la cholémie familiale.

Parmi ces symptômes secondaires, nous décrirons : des symptômes cutanés, des symptômes cardio-vasculaires, des symptômes hémorragiques et articulaires, des symptômes nerveux. La plupart semblent être sous la dépendance de la cholémie et de l'état du foie.

Symptômes cutanés. — En outre des xanthodermies et des mélanodermies dont nous avons déjà parlé, on peut encore noter au niveau des téguments, comme signes de cholémie, d'autres troubles plus ou moins marqués. C'est tout d'abord le phénomène dit de *la chair de poule*, apparaissant chez les cholémiques avec la plus grande facilité et au moindre abaissement de température. Ce sont ensuite *des démangeaisons* plus ou moins marquées, plus ou moins intenses, soit intermittentes, soit continues, avec des paroxysmes entraînant alors des lésions secondaires de grattage et revêtant le type clinique du *prurigo de Hebra*. Enfin, les cholémiques sont particulièrement sujets à l'*urticaire*.

Symptômes gastro-intestinaux. — Du côté de l'estomac, on note les signes de la *dyspepsie hyperpeptique* avec hyperchlorhydrie légère. Les malades se plaignent, en effet, de douleurs, parfois très vives, survenant plus ou moins longtemps après les repas et calmées par l'ingestion des aliments ; d'autre part, l'appétit est plus ou moins conservé ; dans certains cas même il est exagéré et l'on peut noter de véritables crises de boulimie.

Enfin, l'analyse chimique du contenu de l'estomac vient confirmer l'existence d'une dyspepsie hyperpeptique.

Dans certains cas, aux signes de dyspepsie hyperpeptique viennent s'ajouter des *hématémèses* qui peuvent faire penser à un ulcère de l'estomac. C'est ce syndrome que MM. Gilbert et Lereboullet ont décrit sous le nom de *pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire* (1).

Dans d'autres cas, les signes gastriques sont constitués uniquement par des *flux bilieux*, accompagnés ou non de migraines, de douleurs hépatiques ou spléniques.

Du côté de l'intestin, on note de la *constipation* habituelle, accompagnée souvent de signes d'*entérite mucomembraneuse*, cette dernière caractérisée par des alternatives de diarrhée et de constipation et la présence de glaires et de membranes dans les selles. Ajoutons qu'on observe, au niveau de l'intestin, des *flux bilieux* analogues aux flux bilieux gastriques. Enfin, très fréquemment, les malades se plaignent d'hémorrhoïdes qui, dans certains cas, peuvent donner naissance à des hémorragies abondantes.

Signes cardio-vasculaires. — A l'examen du système codéo-vasculaire, on note assez souvent l'existence d'une bradycardie, des souffles anorganiques indépendants de toute anémie, et quelquefois des souffles organiques d'origine variable.

Hémorragies. — Parmi les hémorragies notées chez les cholémiques, se placent en premier lieu les épistaxis. Celles-ci peuvent survenir vers 15 ou 16 ans ; elles correspondent aux *épistaxis essentielles dites épistaxis de*

(1) Gilbert et Lereboullet. Pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 25 juillet 1902.

croissance. Elles peuvent survenir plus tard et se font, dans ce cas, à l'occasion du moindre traumatisme, quelquefois sans traumatisme.

Outre les épistaxis on peut observer des *gingivorragies*, apparaissant, soit spontanément, soit à l'occasion du traumatisme.

On peut enfin noter des ménorragies, de fausses hémoptysies, des hémorragies gastro-intestinales, du purpura, etc.

Symptômes articulaires. — Ils consistent en des douleurs rhumatismales, survenant quelquefois par crises aiguës, le plus souvent subaiguës ou chroniques, occupant, en dehors des articulations, des masses musculaires, et apparaissant sous l'influence du froid et de la fatigue.

Symptômes nerveux. — Ils sont plus ou moins constants. Ils consistent surtout en modification du caractère des malades, qui sont tantôt vifs, irritables, tantôt, au contraire, mous et apathiques; mais dans les deux cas il y a tendance aux idées noires, à l'*hypochondrie*. Le plus souvent elle est peu marquée; quelquefois, elle s'accentue, et alors apparaît la *neurasthénie* qui peut aller, dans quelques cas rares, jusqu'à la *mélancolie* intermittente ou continue. A ces troubles de caractère nous devons ajouter des *somnolences* tenaces, invincibles, survenant surtout après les repas, et des migraines fréquentes, accompagnées ou non de flux bilieux.

Tel est l'ensemble des troubles qui peuvent accompagner la cholémie familiale. Ainsi, nous voyons que cette affection se caractérise donc par un teint mat ou jaunâtre, par la présence de mélanodermies diverses, l'existence

d'urobiline dans les urines, de la réaction de Gmelin dans le sérum, des modifications objectives inconstantes du foie et de la rate, auxquels troubles s'ajoutent des démangeaisons, de l'urticaire, des troubles gastro-intestinaux, des hémorragies, de la tendance à la mélancolie, ainsi que les douleurs articulaires ou musculaires plus ou moins marquées.

Tels sont les symptômes de la cholémie familiale. Chez ces sujets et dans leurs familles, on peut retrouver d'autres affections biliaires : ictère du nouveau-né, ictère émotif, ictère catarrhal, ictère lithiasique, cirrhose biliaire, etc.... et l'étude des antécédents familiaux apporte un grand appoint au diagnostic de la cholémie familiale.

Il faut donc, chez les malades atteints de kyste hydatique du foie, rechercher avec soin par un interrogatoire détaillé et dont MM. Gilbert et Lereboullet ont fixé les éléments, non seulement l'existence antérieure, chez le malade, des symptômes de la cholémie familiale que nous avons énoncés, mais l'existence possible d'autres affections biliaires, et aussi l'existence dans sa famille, soit des symptômes de la cholémie familiale, soit de ceux d'autres affections hépatiques ; aussi, mais ainsi seulement peut être affirmée l'existence antérieure de la cholémie familiale qui, par un interrogatoire rapide, pourrait passer inaperçue.

§ II. — **Observations de cholémie familiale antérieure au kyste hydatique du foie.**

Nous apportons ici quatre observations montrant la préexistence de la cholémie familiale au kyste hydatique ; à ces observations nous en joindrons plus loin d'autres où

il y avait non seulement cholémie familiale, mais cirrhose biliaire et desquels il nous a paru utile de faire un chapitre spécial, mais elles doivent être rapprochées au point de vue de leur signification, de celles que nous publions ici.

Observation I (Inédite).

Communiquée par MM. Gilbert et Lereboullet (1).

Cholémie familiale et kyste hydatique du foie.

Pierre G..., 51 ans, entre le 20 avril 1900, à Broussais.

A. H. — Mère morte de congestion cérébrale à 69 ans, avait eu à 59 ans *une jaunisse* de 2 mois de durée à la suite de frayeur.

Père mort à 73 ans très bien portant. Une sœur morte de *maladie de foie avec jaunisse* à 40 ans, à la suite d'un accouchement.

Un frère mort de tuberculose avec hémoptysies répétées, 3 frères et une sœur sont bien portants.

A. P. — Etant enfant il était bien portant, mais il a toujours eu *le teint pâle,* sans couleurs.

Pas d'épistaxis, mais *gingivorragies* à la moindre occasion, en jouant, même sans choc. Il a eu quelques vomissements bilieux. Il a d'ailleurs toujours eu un bon appétit, ayant parfois des fringales, mais depuis sa maladie il n'a jamais eu trop faim. On ne relève pas d'autres symptômes hépatiques.

La maladie avait débuté quelques jours avant l'entrée du malade à l'hôpital, mais depuis 3 à 4 ans déjà il avait des coliques qui duraient 3 jours environ avec pesanteur dans le bas-ventre, sans diarrhée, mais lui causant de fortes douleurs. Il ne se rappelle pas d'avoir eu de chiens dans sa maison, mais il y a 6 à 7 ans, travaillant chez un ardoisier, il buvait au même seau que le chien et le cheval de son patron et c'est à cette date sans doute que remonte sa contamination par une eau souillée. C'est 12 jours avant son

(1) Un résumé de cette observation a déjà été publié par MM. Gilbert et Lereboullet à la *Société de Biologie*, avril 1905.

entrée, que le malade s'est senti plus atteint, un jour plus tard il a dû quitter le travail, car il souffrait dans le ventre.

Il éprouvait une sensation de tension continue dans la partie supérieure du ventre, surtout à droite. En même temps le malade a vu son ventre augmenter de volume : l'augmentation se faisait parallèlement dans les trois points où à l'entrée elle prédomine.

Avant ce moment, le malade ne s'est jamais aperçu de l'existence d'une tumeur dans l'abdomen.

Il a perdu ses couleurs, est devenu pâle, jaune même au pourtour des yeux. Les selles ne sont pas décolorées. Les douleurs augmentant, le malade entre à l'hôpital.

Etat actuel. — Le malade a le teint pâle, nullement ictérique. Ce qui frappe quand on découvre le malade, c'est l'augmentation du volume du ventre. Cette augmentation du volume est inégale et à la vue on voit nettement la partie sus-ombilicale du ventre très augmentée, saillante, dépassant de plusieurs centimètres le niveau du thorax qui a conservé son volume normal, la tumeur droite descend un peu plus bas que celle de gauche, mais fait une saillie en avant moins accusée que celle-ci. Dans la partie sous-ombilicale du ventre on aperçoit une volumineuse tumeur, fortement déviée à droite, séparée de la tumeur supérieure par un léger sillon. L'hypocondre droit est fortement bombé, dans l'hypocondre gauche, au contraire, existe un méplat. La peau du ventre est lisse, sans circulation collatérale. La palpation isole nettement 3 tumeurs : 2 supérieures, droite et gauche ; une sous-ombilicale, droite. Ces tumeurs sont lisses, arrondies et paraissent unies par un large pédicule aux deux autres. La tumeur gauche n'atteint pas l'hypocondre ; elle est développée surtout aux régions de l'épigastre et de la partie supérieure de la région ombilicale. Son diamètre est environ de 12 cent.

La tumeur droite occupe le flanc et tout l'hypocondre droit. La tumeur inférieure occupe toute la fosse iliaque correspondante, mais partout indépendante de celle-ci ; les doigts pouvant être insinués entre la tumeur et la fosse iliaque autant au moins que le permet la tension de la paroi abdominale.

Ces tumeurs sont rénitentes et donnent l'impression de liquide

trop tendu. Les trois tumeurs sans forte tension paraissent communiquer entre elles et les ondes se transmettent de l'une à l'autre. Pas de frémissement hydatique.

La percussion de ces tumeurs les montre mâtes sur toute leur surface, de même que dans le léger sillon qui les sépare les unes des autres, le flanc et l'hypocondre gauche sont sonores et ne contiennent pas de liquide. Pas de frottement péritonéal.

En haut, la matité des 2 tumeurs sus-ombilicales se confond avec la matité hépatique.

Dans les larges mouvements respiratoires, les 2 tumeurs sont abaissées.

Appareil digestif. — Langue sèche, appétit très diminué. Pas de dégoût pour les aliments, sauf cette aversion pour le beurre et les graisses qui date de plus de 20 ans. Pas de modification des matières.

Foie. — La matité commence en haut dans le 5e espace intercostal à 11 cent. du rebord des fausses côtes sur la ligne mamelonnaire droite se confond en bas avec les deux tumeurs sous-ombilicales dont il ne peut être isolé ni par la percussion, ni par la palpation. La rate ne paraît pas hypertrophiée.

Appareil respiratoire. — En avant, rien. En arrière, la sonorité est conservée aux 2 bases, le murmure vésiculaire s'entend bien, cependant il est un peu affaibli à droite.

Oppression pas trop marquée. La respiration se fait suivant le mode thoracique.

Appareil circulatoire. — La pointe bat dans le 5e espace en dedans du mamelon. Pouls régulier : 60. Pas tendu.

Appareil génito-urinaire. — Le malade urine bien. Albumine en très faible quantité, sucre nul. Pas de pigments biliaires normaux. Epreuve de la glycosurie alimentaire très faiblement positive.

Le malade est passé en chirurgie le 30 avril où il est opéré et l'opération révèle l'existence d'un kyste hydatique suppuré considérable, donnant issue à plusieurs litres de pus. Marsupialisation et drainage.

La guérison se fait régulièrement et lentement et le malade revient en médecine après l'opération, présentant les signes d'une

l'insuffisance hépatique légère. Le chimisme hépatique reste insuffisant (un dosage fait un jour montre que la quantité d'urée est de 11 gr. 46 en 24 h.), peu à peu néanmoins, l'état s'améliore et le malade sort guéri en janvier 1902. Il est revu en 1903, à ce moment il est bien portant, ayant encore la teinte un peu jaune, le foie est gros et un peu ferme, le sérum est nettement cholémique, donnant la réaction de Gmelin très apparente.

C'est à ce moment qu'un interrogatoire plus précis a mis en évidence les antécédents biliaires méconnus lors du premier séjour du malade.

Observation II (Inédite).

(Communiquée par MM. Gilbert et Lereboullet) (1).

M. X..., âgé de 25 ans, charretier. Entré à Broussais le 12 septembre 1903.

A. H. — Le malade ne peut donner sur eux des renseignements très précis; son père est mort à 58 ans, d'accident; sa mère est morte à 57 ans, d'hémoptysie accidentelle. Deux frères de 28 et 22 ans sont bien portants.

A. P. — Lui-même n'a pas eu des maladies dans sa jeunesse, mais il dit avoir toujours eu naturellement le teint jaune et est toujours très affirmatif à cet égard.

C'est à 1898 que remonte le premier accident hépatique. On lui trouva, à ce moment, le foie gros; un peu plus tard, en septembre 1898, il a une violente crise hépatique avec ictère intense, matières décolorées, urines bilieuses qui nécessite son entrée à l'hôpital Lariboisière. Il part de ce service deux mois après.

En mars 1899, deux mois après son entrée au corps, il a eu un coup de pied de cheval dans la région du foie, mais il continue son service. Depuis, il était néanmoins bien portant jusqu'au mois de mars 1903. Toutefois il a eu, vers la fin de 1899, un *épistaxis abondant* qui dura 56 heures, et ne s'arrête que difficilement, et

(1) Un résumé de cette observation a déjà été publié par MM. Gilbert et Lereboullet à la *Société de biologie*, 1er avril 1901.

depuis il a gardé une certaine *tendance aux hémorragies* (qui se sont manifestées, à diverses reprises, au cours de son séjour dans le service). En janvier 1903, il a eu une *crise hépatalgique* avec *ictère* peu intense, vomissement bilieux, expectorat bilieux, décoloration des matières, urines foncées.

Il entre de nouveau à l'hôpital avec augmentation notable de l'abdomen et une dyspnée assez forte. Et, après quelques jours, il est opéré par M. Hartmann, d'un kyste hydatique par voie transpleurale ; marsupialisation et drainage. Depuis, il existe une fistule biliaire persistante, donnant une quantité de bile variable, avec expectoration biliaire intermittente, le malade ayant à certains moments craché 250 et 300 gr. de bile.

A l'examen, teinte générale brunâtre des téguments, très accusée à la face et au cou. Grains de beauté disséminés, quelques taches pigmentaires sur l'abdomen ; ictère marqué des conjonctives.

Urines faiblement choluriques, ne contenant ni albumine, ni sucre, renfermant peu d'urobiline. Le foie déborde de 6 centimètres environ le rebord costal.

La rate est grosse, déborde de 3 travers de doigts, mesure 20 centimètres.

Rien aux poumons.

Pouls à 80. Rien au cœur.

Observation III (Personnelle).

Cholémie familiale et kyste hydatique du foie.

M^me^ P..., 32 ans, entre à Cochin le 17 mars 1905.

A. H. — Père mort à 56 ans.

Mère, 64 ans, a eu la fièvre typhoïde, la scarlatine, le choléra ; un ictère à 40 ans ; a toujours le teint mat ; souffre de dyspepsie avec vomissements bilieux et crampes de l'estomac ; est sujette à la constipation, a des hémorroïdes, souffre de douleurs rhumatismales et est sujette aux somnolences digestives. Elle a un caractère mélancolique et est portée aux idées noires.

A. C. — Un frère a le teint jaune; souffre de dyspepsie avec vomissements bilieux et crampes de l'estomac. Il est sujet aux épistaxis. Il a de la constipation habituelle. Caractère mélancolique avec idées noires.

Le frère est marié, 13 enfants sont morts (?). Une fille de 21 ans a le teint pâle, est sujette aux épistaxis, aux gingivorragies et à la constipation. Mélancolique.

Un oncle maternel a le teint pâle, terreux et est de tempérament mélancolique.

A. P. — Rougeole dans le jeune âge. Troubles dyspeptiques avec vomissements bilieux dénotant l'existence de dyspepsie hyperpeptique. Elle est sujette à des alternatives de diarrhée et de constipation. Elle a des hémorrhoïdes qui donnent souvent naissance à un écoulement du sang.

La malade est nerveuse avec tendance à la mélancolie et à la somnolence. Elle a de la chair de poule facilement.

Mariée. 4 enfants morts en bas âge. Une fillette de 9 ans a le teint mat et est nerveuse.

Une autre de 6 ans est sujette aux épistaxis, à la dyspepsie et à la constipation. Caractère mélancolique. Présente le phénomène de la chair de poule.

Une troisième de 5 ans, tuberculeuse, a eu des hémoptysies répétées. Elle a de la dysphagie avec des vomissements bilieux et tendance à la constipation; présente le phénomène de la chair de poule.

La malade a depuis longtemps un chien dans la maison.

La malade a eu les premiers symptômes de son kyste hydatique à 25 ans. Elle fut opérée par M. Bouilly, en 1897, et depuis elle s'est bien portée pendant 5 ans.

Le début de la maladie actuelle remonte au mois d'octobre dernier. Il lui est venu un abcès sur la cicatrice ancienne, abcès qui s'est percé de lui-même et a laissé écouler du liquide et des hydatides. Souffrant toujours dans l'hypochondre droit et dans le dos, la malade est venue à l'hôpital et est entrée dans le service de M. Richelot, le 17 mars 1905. Elle a été opérée le 20 mars. On a fait la marsupialisation et le drainage de la poche hydatique.

Etat actuel. — La malade est une femme assez forte, un peu pâle. On constate à l'examen une double cicatrice sur l'abdomen : une latérale, à droite, remontant jusqu'au-dessous du sein droit et correspondant à l'ancienne opération ; une médiane, commençant au niveau de l'appendice xiphoïde et descendant jusqu'à l'ombilic. C'est la cicatrice de l'opération faite récemment.

Le foie est un peu augmenté de volume de même que la rate.

L'appétit reste défectueux ; dégoût pour la viande et les graisses. La malade urine peu ; l'urine est foncée. Rien aux autres organes.

Observation IV (Personnelle).

Cholémie familiale et kyste hydatique du foie.

Mme L..., âgée de 44 ans, ménagère, entre dans le service de M. Schwartz, le 14 avril 1901.

A. H. — Père mort à 66 ans. Il avait eu toujours le teint pâle, terreux. Constipation opiniâtre, alternant avec la diarrhée. Hémorroïdes.

Mère morte à 81 ans d'un asthme. Jamais malade.

7 frères et sœurs morts.

Un frère et une sœur sont dans une maison d'aliénés.

Un frère bien portant.

A. P. — La malade a toujours eu le teint pâle, terreux, avec grains de beauté surajoutés. Anémie intense à 11 ans. Symptômes de dyspepsie hyperpeptique remontant à 10 ans environ.

Il y a quelques années, douleurs articulaires pendant 4 mois, ayant atteint particulièrement le coude et le poignet gauche.

Mariée, son mari se porte bien. 2 enfants sont morts en bas-âge. Une fille de 20 ans est dyspeptique, migraineuse et mélancolique, et atteinte en même temps de constipation opiniâtre.

Un garçon de 18 ans bien portant. Un autre de 7 ans 1/2, anémique.

H. M. — Au mois de janvier dernier, la malade a des douleurs épigastriques, après lesquelles la malade a commencé à maigrir. Ces douleurs deviennent plus fortes et il y a 3 semaines elle a eu

des coliques accompagnées d'une teinte jaune, qui dure une huitaine de jours ; les matières sont décolorées, fétides. Pas de dégoût pour la viande ni pour les graisses.

La malade, souffrant toujours, entre à l'hôpital.

Etat actuel. — A l'examen de la malade on découvre une voussure douloureuse au niveau du creux épigastrique, qui occupe le côté gauche du foie, qui est un peu gros et abaissé.

Les matières sont décolorées, les urines sont foncées ; pas d'albumine ni sucre.

Ponction exploratrice suivie d'une opération le 20 avril dernier, l'incision médiane à laissé écouler du pus fétide, des hydatides et de la bile. Suites opératoires normales.

CHAPITRE IV

Association de kystes hydatiques du foie et d'autres affections hépatiques.

Il n'est pas rare de constater l'association des kystes hydatiques du foie avec d'autres affections hépatiques ; les quelques recherches bibliographiques que nous avons entreprises montrent la fréquence de ces constatations qui permet de se demander s'il n'y a là qu'une simple coïncidence. Comme nous allons le montrer, en effet, on a publié des observations de kyste hydatique associé, soit à une cirrhose biliaire, soit à une cirrhose alcoolique, soit encore à de la lithiase biliaire, soit enfin au cancer du foie.

Avant de rappeler comment avec MM. Gilbert et Lereboullet on peut interpréter ces diverses associations, nous allons, dans de courts chapitres, grouper ensemble les quelques observations recueillies par nous.

§ Ier. — Coexistence d'un kyste hydatique avec une cirrhose biliaire.

Parmi les quatre observations communiquées par MM. Gilbert et Lereboullet à la *Société de Biologie*, il en est deux dans lesquelles cette coexistence existait. Dans l'une elle a pu être vérifiée anatomiquement ; dans l'autre, seule l'existence clinique de la cirrhose biliaire a

été reconnue, mais les symptômes présentés ont permis de porter ce double diagnostic, les symptômes de cirrhose biliaire antérieurs, semble-t-il, à l'apparition du kyste, ont persisté depuis l'opération, qui a créé une fistule biliaire.

Les recherches bibliographiques ne nous ont pas permis de constater des faits comparables en nombre considérable. Les observations de MM. Lejuge (1), Jean et Sapelier (2) sont très vraisemblablement des cas d'association de cirrhose biliaire et de kyste hydatique. Celle publiée par M. Ferrand peut, en raison de la dilatation de canaux biliaires, être rattachée à l'obstruction simple ; on sait toutefois les liens qui unissent actuellement les cirrhoses biliaires par obstruction et les cirrhoses biliaires sans obstruction, c'est pourquoi nous avons cru utile de joindre aux autres cette observation.

Observation V (Inédite).

(Communiquée par MM. Gilbert et Lereboullet, *Société de Biologie*, 1er avril 1905).

Kyste hydatique. — Cirrhose biliaire.

E. R..., 32 ans.

A. H. — Père mort à 55 ans d'une pneumonie.

Mère vivante, 63 ans, a présenté des signes d'aliénation mentale.

Une sœur morte d'accident, 6 frères et sœurs bien portants. L'un des frères est jaune couleur pain d'épices. Il a eu des épistaxis, et a

(1) Lejuge. *Soc. Anat.*, 7 avril 1887, p. 122.

(2) Jean et Sapelier. *Soc. Anat.*, 10 février 1882, p. 99.

(3) Un résumé de cette observation a déjà été publié par MM. Gilbert et Lereboullet, *Soc. de biologie* avril 1905, et par MM. Gilbert et Lippmann, *Soc. anatom.*, juillet 1902.

actuellement des gingivorrhagies. Un autre jaune et dyspeptique hyperpeptique avec sensation de brûlure stomacale. L'une des sœurs a été anémique vers 17 ans. Une sœur atteinte d'affection indéterminée de l'abdomen.

Marié. Sa femme est bien portante. Une fille morte à 2 ans de méningite. Une fille vivante et bien portante. Elle a le teint jaunet et a eu d'ailleurs il y a 3 ans une jaunisse passagère. Elle a quelquefois des douleurs articulaires. Poussées fébriles fréquentes. Elle est sujette aux épistaxis, qu'elle a eu surtout au cours d'une coqueluche.

A. P. — Rougeole à 14 ans.

A 16 ans, bronchite qui dura 2 ans avec crachats muco-purulents, abondants surtout le matin, mais sans hémoptysies ni amaigrissement. Depuis cette époque, il a des sueurs très abondantes, aussi bien pendant son travail que la nuit.

A 21 ans, légère blennorrhagie, le malade n'a jamais eu la syphilis. Boulimie intense au régiment et depuis signes habituels de dyspepsie hyperpeptique.

A 29 ans, en 1899, le malade reçoit au cours d'une joute à la lance un coup au niveau du flanc droit.

Le malade n'a jamais eu de chiens auprès de lui.

H. M. — Le 15 février 1901 le malade est pris brusquement pendant le travail, de douleurs abdominales, sans localisation précise. Il les compare à des douleurs électriques. Au bout de 2 jours, ces douleurs continuent, il cesse son travail, non parce que ces souffrances l'empêchent de travailler, mais parce qu'il se fait peur. Il semble avoir présenté à ce moment des troubles psychiques assez sérieux et entre autres une crainte perpétuelle de la mort.

Il a eu alors de l'anorexie, sans vomissements ni nausées.

Pas d'épistaxis, pas de prurit. Les téguments ont pris à ce moment une légère coloration jaune, qui n'existait pas auparavant et qui depuis n'a pas disparu.

Les urines analysées alors auraient été trouvées normales. Après un traitement bromuré et un repos de 15 jours, le malade reprend son travail.

En septembre 1901, apparaissent les troubles digestifs. Sensations

de brûlure à l'estomac exagérées 2 heures après le repas de midi. Pyrosis.

Il se plaint de constriction, de pesanteur, de barre abdominale. En même temps apparaît la diarrhée, 5 ou 6 selles tous les jours. Toutefois il faut noter qu'au dire du malade ses selles, aussi loin qu'il se rappelle, n'ont jamais été moulées et qu'il en avait toujours deux par jour.

Régime lacté absolu pendant 15 jours, repos. Il reprend ensuite son travail, tout en suivant le régime de viandes blanches et de purées sans vin ni liqueurs.

A ce moment (septembre 1901) le foie avait été palpé et devait avoir été trouvé volumineux, car le médecin traitant avait parlé « d'un engorgement considérable du foie ».

De cette époque jusqu'au mois de mars 1902, les selles sont diarrhéiques, décolorées « couleur de lait » au dire du malade, et extrêmement fétides. Les urines sont toujours foncées. Les téguments un peu plus jaunes qu'actuellement.

En mars 1902, régime lacté absolu pendant 15 jours. Les selles commencent à être moulées.

Depuis, l'état à peu près stationnaire et le malade rentre à l'hôpital Broussais le 30 mai.

Etat actuel. — Homme de taille moyenne, assez vigoureux, il se plaint d'avoir maigri d'environ 20 livres depuis un an, toutefois il n'est pas maigre et semble vigoureux. Les téguments présentent une légère coloration jaune ; la face est plus foncée que le reste du corps et la pigmentation affecte la disposition d'un masque biliaire très net. Au niveau des pommettes le teint jaune est atténué par une coloration rouge assez vive.

Les conjonctives présentent un léger subictère. Quelques taches pigmentaires sur l'abdomen et dans le dos ; un nœvus en dedans de la pointe du cœur. Quelques lésions de grattage à l'hypochondre gauche. Pas de chair de poule.

Le système pileux est normalement développé sur le corps ; les sourcils et les cheveux sont très abondants. Cicatrice à la face interne du genou droit, d'autres cicatrices sont disséminées sur l'abdomen, toutes sont blanches.

Appareil digestif. — Le malade a un bon appétit ; aucun dégoût ni pour la viande ni pour les graisses, quoiqu'il ne mange pas de ces dernières par suite de son régime.

Il boit environ 1 litre de vin par jour depuis son retour du régiment, de la bière et du cidre. Pas d'apéritifs, pas de liqueurs.

Presque tous les jours vers 3 h. de l'après-midi il se plaint de brûlures à l'estomac et de pyrosis. Pas de nausées, pas de vomissements, aucune douleur à l'épaule droite. Le malade va régulièrement à la garde-robe une fois par jour, ses selles sont moulées, un peu molles, normalement colorées.

La langue est nette, rosée, humide.

Le foie est volumineux, il soulève la paroi abdominale à droite d'une ligne qui joint l'épine iliaque supérieure droite au point mamelonnaire du rebord des fausses côtes gauches.

L'aspect est celui d'un ventre hépatique type.

A la percussion le bord supérieur du foie suit :

Sur la ligne mamelonnaire gauche, le 7e espace intercostal ; sur la ligne médiane, la base de l'appareil xiphoïde ; sur la ligne mamelonnaire droite, le 5e espace intercostal ; sur la ligne axillaire droite, le 7e espace intercostal.

Le bord inférieur, délimité par la palpation, se dégage du rebord des fausses côtes gauches, en leur point mamelonnaire, descend par un trajet convexe jusqu'à l'ombilic, se dirige vers l'épine iliaque antérieure et supérieure droite et un peu avant de l'atteindre, remonte vers les fausses côtes droites, qu'il atteint un peu en dehors de la ligne mamelonnaire

La hauteur du foie est 20 cent. sur la ligne médiane, 24 sur la ligne mamelonnaire droite et 12 seulement sur la ligne axillaire.

A la palpation on sent bien le bord du foie qui est dur, tranchant, non douloureux. Pas de fluctuation, pas de sensation de flot, pas de frémissement hydatique. Le foie est mobile avec la respiration, se déplace légèrement suivant les différents décubitus et sous l'influence de la palpation. Il n'est pas douloureux.

La matité du foie se continue avec celle de la rate. On sent le bord de celle-ci au-dessous des fausses côtes gauches. Sa hauteur est de 12 cent. Pas d'hémorroïdes.

Système vasculaire. — Pouls : régulier, large, bien frappé, lent, 55 à la minute. Tension 15.5.

Artères ne sont pas dures. Vaisseaux du cou normaux.

Cœur : la pointe bat dans le 6e espace intercostal sur la ligne mamelonnaire. Les bruits sont normaux.

Appareil respiratoire. — Rien à la percussion ni à l'auscultation.

Appareil urinaire. — Les urines sont hautes en couleur, non sédimenteuses. 1 litre en 24 heures.

Sucre, albumine, indican, urobiline n'existent pas.

Réaction de Gmelin.

Système nerveux. — Nous avons déjà signalé les idées de mort qu'a le malade depuis un an et demi. Rêves fréquents (noyades, incendies). Crampes dans les jambes, rarement.

Pas de pituites le matin.

Pas de tremblements.

Le malade a eu du prurit au printemps mais pas plus marqué que les années précédentes. Pas d'urticaire.

Somnolence après les repas

Sensibilité au tact et à la douleur normal.

Réflexes : patellaires, cornéens, crématériens sont normaux. Pharyngien semble un peu diminué.

Sérum : teinté jaune verdâte donne la réaction de Gmelin.

Les urines sont relativement peu abondantes (moins d'un litre).

L'urée est légèrement augmentée : 30 gr. 21 en 24 heures.

Il y a beaucoup d'urobiline, pas de pigments biliaires, un peu d'indican.

Pas d'autres substances anormales. L'épreuve de la glycosurie alimentaire a été pratiquée le 7 juin 1902.

Le sucre a été trouvé en petite quantité dans les urines émises à 2 h. 1/2 et 3 h. 1/2 après l'absorption du glucose (150 gr.). A ce moment le diagnostic porté est celui de la cirrhose biliaire avec probabilité du kyste hydatique, dont toutefois n'existe aucun signe certain. Le malade sort amélioré le 24 juin.

Le 12 juillet, après être resté quelque temps chez lui, le malade rentre à Broussais souffrant de grandes douleurs abdominales avec

irradiation aux jambes, aux parties génitales, au pli de l'aine. Ces douleurs sont continues et exagérées par la pression.

Le foie semble modifié dans sa consistance et le diagnostic d'un kyste hydatique associé à une cirrhose biliaire paraît beaucoup plus vraisemblable. Trois jours plus tard la mort survient brusquement en quelques minutes à peine.

Autopsie faite le 19 juillet. -- Après l'ouverture du corps on trouve une petite quantité de liquide un peu hémorragique dans le péritoine.

Foie volumineux, *hypertrophié*, surtout au dépens du lobe gauche.

La section montre qu'il y a un volumineux kyste hydatique affaissé et développé au dépens du lobe carré et qui contient un certain nombre de vésicules-filles. On trouve, en outre, un petit kyste crétacé.

La consistance du foie est uniformément *dure, scléreuse*, criant sous le couteau à la coupe.

La cavité kystique a un volume égal aux deux poings.

La recherche de la perforation ayant amené l'affaiblissement du kyste et la mort, aboutit à la découverte d'une perforation siégeant à la face postéro-supérieure du kyste et communiquant avec la grosse veine sus-hépatique, tout près de son embouchure dans la veine-cave. L'ensemble du foie pesait 2,780 gr. Rate volumineuse de consistance assez ferme pesait 330 gr.

Le pancréas paraît volumineux (185 gr.), de consistance très ferme, d'apparence normale à la coupe.

Le cœur renferme des caillots peu nombreux. Pas de lésions valvulaires. Poids : 395 gr.

Pas d'athérome aortique, pas de lésions pulmonaires.

Les reins sont normaux.

Pas de lésions du système nerveux.

L'examen microscopique du foie a été pratiqué séparément dans les deux lobes à raison de leur différence d'aspect, non seulement le lobe gauche est plus volumineux, mais sa coloration est d'un *jaune plus foncé, son aspect cirrhotique est plus accusé.*

L'examen histologique montre au niveau du lobe droit du foie

une *cirrhose insulaire légère*, mais *avec espace portite* déjà très marquée, soit qu'on y reconnaisse encore les divers éléments de l'espace, avec lésions prédominantes des canaux biliaires, soit *que tout l'espace soit remplacé par un bloc de sclérose.* Il existe, en outre, une tendance marquée à l'hyperplasie nodulaire. En résumé : il s'agit surtout ici d'angiocholite oblitérante avec *espace portite secondaire.* Au niveau du *lobe gauche*, *la cirrhose est beaucoup plus accentuée et plus apparente*, en raison même de l'absence d'hyperplasie nodulaire. L'aspect est alors tout à fait *celui de cirrhose biliaire très avancée dans son développement.*

Observation VI (Inédite).

Communiquée par MM. Gilbert et Lereboullet (1)

Kyste hydatique. — Cirrhose biliaire hypertrophique

Berthe C..., 38 ans.

A. H. — Père mort à 60 ans d'asthme.

Mère morte à 62 ans de cirrhose ictère. Etait rhumatisante depuis longtemps.

Trois frères bien portants.

Mariée. 8 grossesses ; 4 enfants morts, dont une fille de 12 ans qui a eu la jaunisse l'année dernière. Une de 14 ans sujette aux épistaxis faciles et abondants ; une de 8 ans a un teint mat.

A. P. — Rougeole à 2 ans. Broncho-pneumonie à 11 ans. Fièvre typhoïde à 26 ans avec hémorragie intestinale et broncho-pneumonie secondaire.

Avait le teint frais dans l'enfance. Mais a toujours eu gros appétit.

Vers 14-15 ans, vomissements. Présente de longue date des signes de dyspepsie hyperpeptique nettement marqués depuis 8 ans.

Historique de la maladie. — Il y a 6 ans, en 1897, à la suite d'une

(1) Un résumé de cette observation a déjà été publié par MM. Gilbert et Lereboullet, *Soc. de Biol.*, avril 1905.

émotion, la malade a eu un *ictère* léger avec éruption d'*urticaire* localisée aux membres supérieurs, éruption qui persiste avec remission de 3 à 4 mois. En même temps, troubles gastriques accentués des vomissements bilieux.

Au bout de 6 mois, en raison de ces troubles digestifs, d'une tuméfaction abdominale et d'un subictère léger, elle consulte un médecin, qui fait le diagnostic de la cirrhose. Au bout de quelques semaines, grande amélioration, puis guérison et bonne santé apparente pendant 5 ans.

Il y a 3 ans la malade a eu pendant 4 à 5 mois un chien dans sa maison, avec lequel elle habitait continuellement. Aucune condition étiologique semblable ne peut être relevée antérieurement.

En mars 1902, réapparition des troubles dyspeptiques, vomissements, etc., douleurs intermittentes du côté droit, augmentation du volume du ventre, puis apparition du teint subictérique, qui augmente progressivement et fait place, en janvier 1903, à un ictère très accentué et généralisé pour lequel elle entre à St-Antoine, où l'on fait le diagnostic de *cirrhose biliaire hypertrophique*.

Au bout de quelques semaines, toutefois, le kyste hydatique peut être en même temps confirmé.

La malade est opérée à Lariboisière, en juin 1903. Depuis, fistule biliaire persistante.

Examen de la malade (1904). — Femme de 34 ans, d'apparence assez robuste. Son facies est légèrement ictérique. L'abdomen montre l'existence de cicatrices de l'opération antérieurement pratiquée avec fistule biliaire persistante et permet de constater une hypertrophie légère du foie, débordant de 3 doigts le rebord costal et augmenté de consistance ; l'augmentation évidente, mais modérée de la rate.

Rien de particulier aux autres organes. Urines faiblement bilieuses. La malade est restée plusieurs semaines à l'hôpital, et malgré le bon fonctionnement de la fistule biliaire, elle est toujours restée ictérique, avec foie et rate hypertrophiés justifiant le diagnostic de cirrhose biliaire associée.

Observation VII.

(Jean et Sapelier, *Société anatomique*, 10 février 1882, p. 99).

Kyste hydatique du foie et cirrhose biliaire.

La malade F... L..., âgée de 22 ans. Pas d'antécédents signalés. Elle n'avoue pas d'habitude alcoolique, mais elle est sujette à avoir des crampes et son sommeil est agité.

Pas traces de syphilis.

Depuis un mois, cette femme éprouve un malaise général, de l'inappétence s'accompagnant par moments de nausées, de tendance à la constipation et enfin quelques douleurs dans la région hépatique. Il y a trois jours, la malade a un violent accès de colère ; à la suite de cet incident, elle est prise de frissons et de vomissements alimentaires. Les frissons surviennent le lendemain avec vomissements alimentaires, douleurs dans l'hypochondre et enfin l'apparition de l'ictère.

Dans cet état, la malade entre à l'hôpital Necker.

Etat actuel. — Le pouls de la malade est à 116. Temp. : 38°6. Herpès labial, teint ictérique de tout le corps.

Pas traces d'éruption. Matières fécales sont décolorées. Urines manifestement ictériques contenant une quantité notable d'albumine. Au cœur souffle extra-cardiaque dans le 3e espace.

Rien aux poumons, quoique la malade tousse un peu.

Langue blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe un peu sèche ; inappétence absolue, soif vive.

Augmentation du ventre, principalement à la partie supérieure ; circulation collatérale, pas d'épanchement ascitique, pas d'hémorrhagie d'aucune sorte.

Foie. — Le palper et la percussion montrent cet organe remonté en haut jusqu'à la 4e côte, descendant en bas jusqu'à l'ombilic. Le foie est dur et présente une résistance du tissu sclérosé.

Pas de fluctuation. Le foie est douloureux à la palpation et à la percussion.

Rate volumineuse : 14 cent. de hauteur. Dans cet état, la malade reste jusqu'au 16 janvier. A ce moment elle éprouve une douleur plus vive au niveau du foie. En même temps, on constate la diminution de la sonorité à la base droite, affaiblissement du murmure vésiculaire et des crépitations très fines au-dessus de la matité. En somme, on trouve les signes de la congestion pleuro-pulmonaire, qui disparaissent en quelques jours, mais à la place on trouve les signes de la pleurésie.

L'état général s'aggrave de plus en plus. La malade se cachectise. Le foie augmente encore de volume. Entre ce dernier dans sa partie supérieure et la paroi on trouve une poche de liquide. On pratique deux ponctions et on retire quelques gouttes de liquide, dont l'examen miscrocopique montre appartenir au kyste hydatique suppuré. On fait encore une troisième ponction et on retire 3 litres 400 de liquide ; mais peu de temps après la malade meurt.

Autopsie. — La cavité pleurale droite contient un liquide citrin, le lobe inférieur du poumon est un peu congestionné. Rien du côté gauche. Le cœur et les reins sont normaux. Dans la cavité peritonéale un peu de liquide séreux.

Le foie est très *hypertrophié dans son lobe droit, qui est dur et présente un aspect granuleux et cirrhotique.* Le lobe gauche est normal. A la partie médiane et postérieure de la face supérieure du foie, on trouve une énorme poche, remplie de liquide purulent et contenant les membranes hydatiques.

A la partie supérieure, le kyste est adhérent au diaphragme et présente ici une ulcération. En avant du kyste on trouve une portion du foie absolument libre.

A la coupe du foie, on constate une dilatation des canaux biliaires dans le lobe gauche ; dans le lobe droit la dilatation est peu marquée, mais la sclérose semble jouer un rôle considérable.

La vésicule biliaire a le volume normal.

Rate voluminense.

Au microscope, on voit une augmentation notable du *tissu conjonctif*, qui en quelques points et notamment dans les espaces de Kiernan, a pris un tel développement qu'elle en enserrera non seulement le canal biliaire, mais aussi les vaisseaux sanguins qui

l'accompagnent. A part cela, les vaisseaux ne présentent aucune altération.

Les cellules épithéliales ne présentent pas de lésions bien marquées.

Observation VIII.

(Lejuge, *Société anatomique*, avril 1857, p. 122).

Kyste hydatique, cirrhose probablement biliaire.

Le nommé Marchand, âgé de 40 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux et hypochondriaque, entre à la Charité le 27 février 1837.

A. P. — Pendant son séjour en Afrique, il a eu la fièvre intermittente, la dysenterie, de *vives coliques hépatiques* et de l'*ictère*. Depuis son retour sa santé n'a jamais été bonne; il a toujours eu des douleurs dans l'hypochondre droit et de la diarrhée.

Quelques jours avant son entrée, il a été pris d'une douleur dans l'*hypochondre droit*, douleur très vive, s'irradiant à l'épigastre et à l'épaule droite et suivie de nausées, de vomissements bilieux et, enfin, d'ictère.

Etat actuel.— Le malade a maigri beaucoup ; la face est un peu altérée, coloration jaune foncée de la peau, surtout de la face, des membres supérieurs et du tronc ; les sclérotiques et conjonctives oculaires sont aussi colorées en jaune. Le pouls est petit et fréquent; la peau est sèche, la bouche est pâteuse, blanche, pas d'appétit; la soif est assez vive ; quelques vomissements verdâtres ; il y a de la constipation, les urines sont rougeâtres, donnant le précipité vert par l'acide nitrique.

A la palpation, le foie est gros, dépasse de 2 centimètres le rebord costal et va jusqu'à l'épigastre ; pas de bosselures ni d'inégalités. La pression est douloureuse, surtout à l'épigastre et sur les dernières côtes. On ne sent aucun frémissement.

Les jours suivants, le malade reste presque dans le même état ; seulement les vomissements ont cessé ; l'appétit est meilleur et la coloration de la peau est moins jaune.

Le 15 mars, le malade fut encore repris d'une nouvelle douleur

dans l'hypochondre droit, de vomissements, de la fièvre, de céphalalgie frontale, de douleurs de l'épaule droite, s'irradiant jusqu'à la main. Abdomen très douloureux à la pression ; anxiété et gêne de la respiration ; la coloration jaune de la peau, qui a diminué beaucoup, a reparu ; urines toujours foncées ; matières fécales grisâtres.

Le 20 avril, un nouvel accès ; l'ascite qu'on a remarqué à peine les premiers jours d'avril augmente beaucoup. Le malade délire la nuit et meurt le 26 avril.

Autopsie. — Foie augmenté de volume; incisé, il présente une coloration jaunâtre et l'aspect de la *cirrhose au premier degré*.

Dans le bord droit, au-dessous de la convexité du foie, on trouve une vaste poche renfermant des hydatides et du liquide d'un teint jaunâtre. La veine-cave est accolée à la paroi du kyste. La vésicule biliaire est normale.

Le tissu du foie examiné au microscope a été identique avec celui de la cirrhose au premier degré.

Dans le péritoine et le péricarde, il y a un petit épanchement. Le poumon gauche est sain. Le poumon droit est engoué. Le tissu est dur et crie sous le scalpel.

Observation IX (Ferrand, *Société médicale des hôpitaux*, 9 novembre 1891, p. 788).

Kyste hydatique du foie. — Cirrhose biliaire.

X..., de 33 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 octobre 1894.

Pas d'antécédents héréditaires notés.

A. P. — A 23 ans, fièvre typhoïde. Fièvre intermittente assez bénigne depuis 3 ans ; un seul accès depuis lors. Pas de syphilis.

Pendant son séjour en Algérie il ressentit quelques douleurs dans le foie qui était gros.

Pas de nouveaux accès.

A ce moment excès alcooliques. 3 absinthes par jour. Depuis, le malade ne boit qu'un litre de vin par jour.

Il y a 20 mois, en 1893, il contracte par refroidissement une bronchite intense avec fièvre qui dure 1 mois. Il reprend son travail, mais à partir de ce moment il remarque qu'il est jaune, en même temps les douleurs se reproduisent dans l'hypochondre droit et le foie augmente de volume. Il rentre à l'hôpital où il reste 4 mois. Ensuite, il reprend son travail, qu'il doit interrompre soit à cause de poussées du côté du foie, soit à cause de bronchite. Il entre enfin le 10 octobre à l'Hôtel-Dieu.

Etat actuel. — Etat général mauvais ; la peau est toute entière d'une couleur ictérique généralisée, d'un teint olivâtre, de même que les sclérotiques et la langue ; cette dernière est saburrale. Cet ictère s'est d'ailleurs beaucoup accru depuis 3 semaines.

Le malade ne prend que du lait ; il souffre de l'estomac ; les matières ne sont pas décolorées. Le foie est augmenté de volume ; le lobe droit paraît surtout développé et dépasse 4 travers de doigts les fausses côtes ; le lobe gauche passe jusqu'à la rate. Aucune douleur, sauf le bord antérieur à gauche de la ligne médiane. Pas de bosselures à la surface du foie hypertrophié.

Rate volumineuse remonte à la 7e côte ; pas d'ascite ; pas de circulation supplémentaire.

Examen de l'appareil respiratoire révèle des signes de bronchopneumonie manifeste à droite et en arrière qui persistent en s'accentuant et s'accompagnant de fièvre jusqu'à la mort du malade, le 30 octobre. Urine rare foncée, de couleur acajou, contient des pigments biliaires. Pas d'albumine.

Autopsie. — *Foie volumineux*, ayant la forme qu'on a reconnue pendant la vie, avec lobe droit très développé, *à surface d'une coloration bronze-vert assez uniforme*, coupée de tissu blanchâtre irrégulière légèrement déprimée et due à l'épaississement de la capsule et des cloisons qui en partent. La coloration à la coupe est la même qu'à la surface, *avec travées fibreuses nettement dessinées* ; *on y trouve de plus une dilatation manifeste des canaux biliaires*.

La coupe du lobe droit au niveau du ligament suspenseur et du hile du foie montre une cavité kystique du volume d'un œuf de dinde à parois tapissées de membranes lisses, ayant l'aspect des membranes hydatides devenues stériles.

A la partie antérieure, le kyste communique par une large ouverture avec la vésicule biliaire, elle-même fortement distendue et à parois très épaisses.

Rate doublée de volume. Lésions broncho-pulmonaires du poumon droit.

Pas d'autres lésions.

§. II. — Coexistence d'un kyste hydatique avec cirrhose alcoolique.

Les observations d'associations de cirrhoses avec le kyste hydatique du foie ne sont pas exceptionnelles. Toutefois, souvent la cirrhose est considérée comme secondaire au kyste, et les antécédents alcooliques ne sont pas spécialement recherchés, alors que peut-être il s'agit de cirrhose alcoolique. La plupart des observations sont donc trop peu explicites pour permettre d'affirmer qu'il y a bien une cirrhose alcoolique. Les faits que nous rappelons prouvent, en tout cas, que les affections coexistent parfois (Obs. Bouisson (1), Lortat-Jacob (2), Galliard (3). D'ailleurs, nous en publions plus loin d'autres où la cirrhose existait associée à d'autres maladies, notamment à la lithiase et au cancer, et plusieurs auteurs, notamment M. Galliard, ont signalé cette association du kyste hydatique et de la cirrhose alcoolique.

(1) Bouisson. *Soc. anat.*,, 11 mars 1887, p. 131.
(2) Lortat-Jacob. *Soc, anat.*, 5 janvier 1900, p. 71.
(3) Galliard. *Archives générales de médecine*, avril 1890.

Observation X

(Bouisson, *Soc anat.*, 11 mars 1887, p. 131).

Kyste hydatique du foie. — Cirrhose alcoolique.

Un homme de 52 ans qui, en 1886, vient se soigner à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Besnier, pour un iritis double, kératite suppurée à gauche, hypopion et perforation de la cornée.

Etat actuel. — Foie très volumineux, lisse descendant de 5 travers de doigts au-dessous des fausses côtes. Réseau veineux accentué au flanc droit. Indolence absolue. Le diagnostic est discuté ; on croit à la cirrhose hypertrophique alcoolo-syphilitique.

Le malade succombe dans le service, le 5 mars 1887.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve du liquide ascitique dont la quantité est de 7 litres.

Le foie déborde les fausses côtes de 6 centimètres à droite ; à gauche, il déborde de 3 travers de doigts.

A la partie supéro-externe du lobe droit existe un kyste hydatique du volume d'une tête d'enfant. Un autre kyste dans le lobe gauche du foie. Le foie est altéré et présente tous les caractères d'une *cirrhose* dont l'aspect se rapproche beaucoup de la *cirrhose atrophique* ; la surface est couverte de granulations ; au microscope, la distribution du tissu conjonctif rappelle celle que l'on trouve dans la cirrhose de Laennec.

Observation XI.

(Lortat-Jacob, *Soc. anat.*, 5 janvier 1900, p. 71).

Kyste hydatique du foie, cirrhose annulaire veineuse et lymphatique.

Femme de 40 ans entre le 9 janvier 1900 dans le service du Dr Tenneson.

A. P. — Dysenterie en 1893 en Amérique ; en 1894 revient en France et garde de sa dysenterie une insurmontable fatigue et des fonctions digestives défectueuses.

Le port du corset devient pénible. En 1897 elle devient jaune ; en peu de jours l'ictère augmente ; le foie est douloureux ; prurit intolérable et elle entre dans le service.

Etat Actuel. — Le foie est gros, la rate est grosse, selles décolorées.

Les ponctions faites sont négatives. La malade garde depuis longtemps du subictère et fait de temps en temps des poussées ictériques et hépatalgiques.

Elle entre de nouveau dans le service le 9 janvier 1900. L'ictère à ce moment prédomine à la face ; peu de prurit ; les selles sont peu décolorées. Les urines verdâtres n'ont pas d'albumine.

Foie augmenté de volume dépasse un travers de doigt au-dessus de l'ombilic à droite ; 2 travers de doigt au-dessous de l'ombilic à gauche et montre une voussure généralisée. Rate, matité : D. 0, 10 c.

Malade meurt très rapidement.

Autopsie. — Foie volumineux, *chagriné*, *clouté*, muscade à la coupe ; un volumineux kyste hydatique du lobe droit qui est atrophié.

Au microscope : *cirrhose annulaire veineuse et lymphatique*, veines portes dilatées.

Observation XII.

(Lemaitre, *Soc. anat.*, février 1867).

Kyste hydatique du foie. Cirrhose.

M. Lemaître fait voir un kyste hydatique existant à la partie postérieure du lobe droit de la glande hépatique *atteinte du cirrhose*. Il était réduit à l'état de poche à parois fort épaisses et renfermant une matière noirâtre. Il ne connaît point d'ailleurs les détails relatifs à ce malade.

La rate était volumineuse et le sang contenait une proportion de globules blancs supérieure à celle que comporte l'état normal.

§ 3. — Coexistence d'un kyste hydatique du foie avec la lithiase biliaire.

La lithiase biliaire se rencontre assez souvent à l'autopsie des sujets morts de kyste hydatique du foie, et dans les observations suivies d'autopsie il arrive souvent que l'on trouve mentionnée la présence de calculs dans la vésicule biliaire, sans qu'il s'agisse pourtant dans ces cas de lithiase d'origine hydatique. Parfois cette lithiase ne s'observe qu'avec le kyste seul. (Obs. de Caron (1), Lemaître (2), Voisin (3), Fout-Reaulx (4), Afezou (5), Thiéry (6), parfois elle s'accompagne de cirrhose comme dans l'observation de Leflaive (7) et de Vermorel (8), que nous publions d'abord.

Observation XIII

Leflaire, *Soc. anat.*, 23 juillet 1886, p, 506.

Kyste hydatique du foie. — Lithiase biliaire. — Cirrhose.

La malade est âgée de 63 ans. Entre à l'hôpital Tenon le 5 juin 1886. Pas d'antécédents héréditaires notés.

A. P. — Il y a 3 semaines elle était prise d'une fluxion de la poi-

(1) Caron. *Société anatomique*, septembre 1842, p. 247.
(2) Lemaitre. *Soc. anat.*, avril 1850, p. 107.
(3) Voisin. *Soc. anat.*, avril 1857, p. 132.
(4) Fout-Reaulx. *Soc. anat.*, 10 novembre 1865, p. 646.
(5) Afézou. *Soc. anat.*, 30 avril, 1875 p. 303.
(6) Thiéry. *Soc. anat.*, 19 avril 1889, p. 317.
7) Leflaive. *Soc. anat.*, 23 juillet 1886, p. 506.
8) Vermorel. *Soc. anat.*, 20 mars 1897, p. 212.

trine. 12 jours après le début de la maladie ses jambes se sont mises à enfler, en peu de temps l'enflure s'étendit à l'abdomen.

État actuel. — Les membres inférieurs sont très infiltrés. Le ventre est très gros et proémine un peu à gauche ; il est mat dans toute son étendue et on ne trouve la sonorité intestinale que dans la région circumombilicale.

La sensation de flot est très nette.

Le foie est presque normal.

Pas de circulation veineuse superficielle.

Tout le côté gauche de la poitrine est absolument mat depuis le haut jusqu'en bas, tant en avant qu'en arrière.

Suppression du murmure vésiculaire, en avant et à la partie supérieure en arrière, il y a du souffle. Les vibrations thoraciques se perçoivent bien, la voix se transmet assez bien. Le cœur est normal ; les urines n'ont pas été examinées.

Les jours suivants l'œdème diminue.

Le 14 janvier, par une ouverture qui se fait au niveau de l'appendicexyphoïde, sort un nombre de vésicules hydatiques et un liquide peu épais, jaunâtre. Les jours suivants il en sort encore des hydatides. On fait le lavage de la poche par le tube de Faucher. La malade va mieux ; l'œdème est diminué considérablement.

Le son et la respiration sont revenus dans le poumon gauche. Cet état se continue jusqu'au 2 juillet, quand elle perd l'appétit, se plaint beaucoup et meurt le 4 juillet.

Autopsie. — Symphyse complète du péricarde. La plèvre gauche contient un demi-litre de liquide. Les poumons sont normaux.

A l'ouverture de l'abdomen on trouve une cavité kystique contenant une quantité de 2 à 3 litres de liquide trouble, rougeâtre, contenant de la fibrine.

Le *foie* est déformé. Le lobe gauche est diminué, tandis que le lobe droit est plutôt augmenté. A la partie supérieure le foie est creusé d'une cavité irrégulière de 12 cent. de longueur sur 6 de largeur. Dans cette poche on trouve quelques hydatides affaissées. *Le tissu hépatique a presque complètement été remplacé par du tissu*

fibreux, qui paraît être développé autour *des vaisseaux interlobulaires. La vésicule biliaire ne contient pas de bile, mais est remplie de calculs biliaires.*

Observation XIV

Vermorel, *Soc. anat.*, 30 mars 1894, p. 272

Kyste hydatique du foie. Lithiase biliaire. — Cirrhose.

Malade de 46 ans.

Pas d'antécédents notés.

A. P. — La maladie actuelle a commencé il y a 12 ans, par des douleurs dans l'hypochondre droit et s'irradiant dans l'épaule. Une tumeur survient très lentement et fait saillie à l'épigastre.

La malade travaillait toujours.

En 1890, elle resta 3 ou 4 mois dans le service de M. Tillaux, à cause de l'accroissement de la tumeur et des douleurs.

En 1893, elle entre dans le service de M. Polaillon ; on fait une ponction exploratrice qui donne issue au sang noir et épais. On conclut au néoplasme.

État actuel. — La malade présente une couleur jaune pâle, témoignant plutôt d'une cachexie que d'un état ictérique : les conjonctives ne sont pas jaunes ; les selles restent colorées ; pas de pigments biliaires dans les urines.

L'abdomen est volumineux ; circulation collatérale sur le côté.

Le foie a augmenté de volnme : commence au mamelon et descend jusqu'à l'ombilic ; à gauche la matité se continue avec celle de la rate ; l'hypertrophie est dure et douloureuse à la palpation.

Au niveau de l'épigastre, à gauche, on constate une saillie du volume d'une mandarine ; élastique au doigt.

La malade a des douleurs au niveau de la région hépatique et de temps en temps de véritables crises d'une durée de 3 à 4 heures, se caractérisant par une douleur atroce siégeant à l'hypochondre droit, s'accompagnant d'une dyspepsie violente. La température est à 38° le soir.

Cette situation s'aggrave de plus en plus jusqu'à la mort de la malade, survenue le 23 mars.

Autopsie. — Le foie est volumineux, il descend à 4 travers de doigt au dessous des fausses côtes. Sur la ligne médiane une grosseur.

La partie supérieure du lobe droit est transformée en une vaste poche du volume d'une tête d'enfant, communiquant avec la plèvre.

L'incision fait sortir un mélange du pus et masse gélatineuse, ce sont des hydatides. Une seconde poche existe à la face antérieure. L'incision fait écouler un liquide analogue au premier.

Le poids du foie après l'incision du kyste est de 2 kil. 400.

La vésicule biliaire est remplie de liquide jaune verdâtre *contenant une vingtaine de calculs.*

Le foie est dur à la coupe et présente une série de granulations qui ressemblent aux granulations de la cirrhose de Laënnec.

Rate volumineuse : 400 gr., contient aussi deux kystes.

Observation XV.

(Caron, *Soc. anat.*, septembre 1842, p. 247).

Kyste hydatique au foie. — Lithiase biliaire

M. Y..., âgée de 76 ans, de constitution débile, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière, le 26 janvier 1842.

Etat actuel. — La peau de cette malade présente *une teinte légèrement jaunâtre* ; pas d'œdème des membres supérieurs, ni de bouffissure de la face ; ventre volumineux, mais souple. Par la palpation, on trouve une énorme tumeur indolente, sans changement de la peau, occupant l'hypochondre et le flanc droit, l'épigastre et l'hypochondre gauche.

Il y a ascite et œdème des membres inférieurs. Langue normale ; selles et urines normales. La malade dit qu'il y a longtemps qu'elle s'est aperçue de cette tumeur.

Vers le milieu du mois de mars, la malade commence à s'affaiblir peu à peu ; perte d'appétit, diarrhée, l'œdème des membres inférieurs devient plus considérable ; l'ascite augmente et la malade meurt le 16 mars.

Autopsie. — Un peu de sérosité, liquide clair, dans la plèvre et le péricarde.

Poumon emphysémateux dans les bords antérieurs. Cœur normal.

Péritoine renferme une quantité notable de liquide, entre la face supérieure du foie et la paroi, on trouve du pus.

Foie présente un kyste énorme du volume d'une tête d'adulte dans le lobe droit. Un autre kyste se trouve vers le milieu du bord postérieur, kyste ayant le volume d'une tête d'enfant.

Incisés, ces kystes donnent issue au liquide jaune inodore, contenant des hydatides nombreuses et variables. *Les vésicules biliaires contiennent des petits calculs.*

Observation XVI.

(Lemaitre, *Soc. anat.*, avril 1850, p. 107).

Kyste hydatique du foie. — Lithiase biliaire.

Une femme qui jusqu'à 33 ans, jouit d'une bonne santé. A cette époque, il se fait chez elle des vomissements sanguinolents qui se repètent deux fois par semaine pendant deux ans.

Enfin ils cessent et la santé se rétablit.

Il y a 17 mois, il se manifeste sans cause aucune une douleur du côté gauche de la poitrine, douleur très vive et qui se répète au moindre mouvement. La malade travaille quand même. Il y a 7 mois, elle entre à la Pitié. Elle sort après un long séjour et entre à la Charité. A l'entrée, elle présente tous les signes d'un épanchement pleural. Elle va de plus en plus mal et meurt le 9 mars, avant qu'on ait fait la thoracenthèse.

Autopsie. — Foie contient un kyste hydatique du foie du volume d'un gros œuf de poule.

La vésicule biliaire est pleine de calculs.

Un autre kyste se trouve dans la cavité pleurale. Le poumon gauche est atrophié. Le cœur est refoulé à droite.

Observation XVII.

(Voisin, *Soc. anat.*, avril 1857, p. 132).

Kyste hydatique du foie. — Lithiase biliaire.

Une femme de 32 ans est entrée à Lariboisière, le 15 janvier 1857.

Pas d'antécédents notés. Sujette à la constipation.

Il y a 4 ans, elle était atteinte d'ictère, qui a laissé jusqu'à présent le teint caractérique. En même temps, elle éprouvait des douleurs dans l'hypochondre, d'abord intermittentes, mais qui deviennent continues le dernier temps.

Les douleurs étaient accompagnées de nausées, vomissements et de la dyspnée. Les urines étaient noires de café et contenaient des caillots sanguins.

Depuis 3 mois à ces symptômes se joint la tuméfaction de l'hypo chondre droit.

La femme a maigri beaucoup.

Etat actuel. — La malade est très maigre, la peau est cachectique. Ortopnée intense. Nausées, vomissements fréquents, constipation.

Urines normales, pas d'albumine.

La région thoracique droite est tuméfiée, augmentée de volume. La région du foie est le siège d'une élasticité manifeste ; on a la sensation de flot ; pas de frémissements.

Foie augmenté de volume remonte à la 4e côte, descend à 4 travers dedoigt au-dessous des fausses côtes.

Poumon : râles sous-crépitants à gauche dans toute la hauteur.

Pas d'œdème, pas d'ascite.

Le 19 avril on fait la ponction et on retire un liquide clair contenant des petits grains blancs. Une nouvelle ponction le 22 qui retire 2 litres de même liquide.

Les accidents pulmonaires s'aggravent et la malade meurt le 24 avril.

Autopsie. — Foie descend jusqu'à l'ombilic, occupe les deux hypochondres et a l'aspect d'un foie hypertrophié. Adhérences du foie aux parois costales. Le kyste remonte jusqu'à la 6e côte. Le kyste est uniloculaire.

La vésicule biliaire est distendue et contient quelques calculs. Pneumonie gauche. Ulcération du duodénum. Rien aux autres organes.

Observation XVIII.

(Font Réaulx, *Soc. anat.*, 10 novembre 1865).

Kyste hydatique du foie. — Lithiase biliaire.

G..., âgé de 72 ans, entre le 16 novembre 1865 à l'infirmerie de Bicêtre.

Le pouls de ce malade à l'entrée est fréquent, filiforme, irrégulier. Le malade dit avoir eu la diarrhée les jours précédents. Il avait eu des habitudes alcooliques.

Douleur à la pression au niveau du foie, qui n'est pas augmenté de volume. Pas de vomissements.

Dans la journée, alternatives de froid, chaud et sueur.

Il a l'asphyxie progressive et meurt le 19.

Autopsie. — Cerveau, artères peu athéromateuses.

Foie. — Un peu diminué dans son ensemble est très adhérent avec le diaphragme surtout à droite.

Poumons et plèvre sont aussi adhérents au diaphragme.

La vésicule biliaire est énorme, elle est très allongée. Par le toucher, on sent qu'elle contient avec le liquide des corps solides, qui par pression, donnent une sorte de crépitation neigeuse.

Incisé', il s'ecoule une quantité de bile verdâtre, d'aspect normal, et *3 calculs d'un noir d'encre, irréguliers*; le plus gros à 2 centimètres de long et 1 centimètre de large. Ils sont très friables. Ce sont les rugosités fines des calculs frottant contre les aréoles de la vésicule qui produisent cette crépitation neigeuse.

Vers le milieu du foie on trouve un kyste hydatique irrégulier,

formé par deux parties : une placée sous le diaphragme à la partie supérieure du foie et contenant une grande quantité de vésicules hydatiques affaissées et un peu de liquide. Cette partie du kyste allongée s'étend jusqu'à la partie costale où elle adhère au diaphragme.

La partie supérieure du kyste communique avec la partie inférieure au moyen d'une ouverture de 4 à 5 cent. Cette partie est arrondie et s'étend jusqu'à 1 cent. de la face supérieure du foie.

Les canaux biliaires sont dilatés, surtout à droite.

En incisant le canal cholédoque on trouve vers le milieu une vésicule hydatique affaissée.

La veine porte est oblitérée par caillots.

La tumeur à la partie postérieure et supérieure se prolonge jusqu'à la veine cave. La partie supérieure du kyste est limitée par la péricarde qui est épaissi. A la coupe, le foie offre une augmentation de consistance et a une coloration jaune foncée.

Rate normale. Cœur dilaté.

Observation XIX

(Afezou, *Soc. anat.*, 30 avril 1875, p. 303).

Kyste hydatique du foie. — Lithiase biliaire.

M..., Marie, âgée de 77 ans. Pas d'antécédents notés.

Elle entre à l'infirmerie le 23 janvier 1875 pour la grande faiblesse. Elle a perdu l'appétit et tousse depuis longtemps.

Etat actuel. — La face est pâle ; la langue est sale, les crachats sont ceux d'un catarrhe pulmonaire ancien.

Constipation. Râles humides dans la moitié inférieure des deux poumons en arrière.

La faiblesse ne fait qu'augmenter depuis son entrée, mais aucun accident ne survient.

Le *20 mars*, la malade éprouve un frisson en même temps que se déclare une douleur au niveau de l'hypocondre droit.

Il y a de la dyspnée ; la langue est sèche. Pouls : 108 ; respiration : 34 ; température vaginale : 39°3. Auscultation ne donne rien.

Le lendemain, le point douloureux a disparu ; à l'auscultation, au contraire, on entend des râles sous-crépitants à gauche et en arrière.

La température est toujours élevée.

Pouls fréquent.

La malade s'affaiblit de plus en plus.

Le *30 mars*, elle vomit abondamment un liquide glaireux ; les vomissements continuent ; ils ne sont pas bilieux. La malade prend de plus en plus le teint cachectique. Pas de tumeur épigastrique ; le foie ne déborde pas les fausses côtes, mais il est douloureux à la pression.

La peau présente une coloration jaunâtre.

La cachexie augmente de plus en plus ; les vomissements ont disparu ; il y a œdème des jambes.

Cet état se continue en s'aggravant toujours jusqu'à la mort de la malade le 26 avril.

Autopsie. — Foie : Au niveau du bord postérieur du foie, vers la partie moyenne, il existe une poche à parois calcaires et remplie de pus. Cette cavité admettrait facilement le poing d'un adulte ; le kyste ne contient plus d'hydatides ; il communique avec le poumon droit.

Le vésicule biliaire contient un gros calcul ovoïde du volume d'un œuf de pigeon.

Le poumon droit adhère au diaphragme et à la paroi costale ; le poumon gauche est libre ; la plèvre gauche contient 200 gr. de liquide citrin.

Observation XX

(P. Thiery, *Soc. anat.*, 19 avril 1889, p. 317).

Kyste hydatique du foie. — Lithiase biliaire.

M. D..., actrice, âgée de 45 ans, consulta pour la première fois M. Verneuil, il y a 11 ans. A ce moment on percevait facilement

une tumeur dans l'hypocondre droit qui fut diagnostiqué kyste hydatique du foie ; un autre était trouvé dans l'ovaire.

M. Verneuil fait la ponction et retire 7 litres de liquide clair. L'amélioration après cela est telle que la malade ne revient voir M. Verneuil que 7 mois après. Le kyste hydatique se reproduit ; on fait une nouvelle ponction (pas d'opération à cause de l'état de la malade).

La malade rentre de nouveau dans le service, le 9 avril 1889 et y meurt le 16 avril.

A l'AUTOPSIE, on trouve des kystes hydatiques du foie et *quelques calculs dans la vésicule biliaire.*

En outre, on trouve un kyste de l'ovaire et de la rate et un cancer du pylore et du col utérin. Rien aux autres organes.

§ IV. — **Coexistence du kyste hydatique et du cancer.**

L'association du kyste hydatique à un cancer, à laquelle Hanot et Gilbert ont fait allusion dans leurs *Etude sur les maladies du foie* (1), n'est pas encore plus exceptionnelle. Et encore que les observations en aient été brièvement publiées, celle mentionnée par Florand (2), celles brièvement notées par Jouin (3), celle de Habran (4) celle encore de Dupré et de Devaux (5) montrent qu'il s'agit là d'association relativement fréquente. Elle peut d'ailleurs aller plus loin, et une observation particulièrement intéressante est celle de Gallard et Longuet, où

(1) HANOT et GILBERT. *Etudes sur les maladies du foie*, p. 62.
(2) FLORAND. *Soc. anat.*, 1886.
(3) JOUIN. Thèse en doctorat. Paris, 1880.
(4) HABRAN. *Soc. anat.*, juillet 1868, p. 43.
(5) DUPRÉ et DEVAUX. *Soc. anat.*, 22 janv. 1900, p. 611.

coexistaient à la fois la cirrhose, le cancer, le kyste hydatique et la lithiase, réalisant ainsi la plupart des associations de cet ordre.

Observations XXIII et XXIV.

(Habran *Soc. anat.*, juillet 1878, p. 43 ; Jouin, Thèse de Paris, 1880).

Kyste hydatique du foie. Cancer du foie.

I. M. Habran montre le foie d'une femme de 45 ans. On voit sur cette pièce que le foie est frappé d'une *dégénérescence cancéreuse*, et, qu'en même temps, il y coexiste un volumineux kyste hydatique.

II. M. Jouin publie l'observation d'autopsie d'une femme morte dans le service de M. Dujardin-Beaumetz.

Dans le lobe droit du foie se trouvait un kyste hydatique du volume d'un poing, et plus en arrière, un autre kyste de même nature, indépendant du premier, séparé par 3 centimètres de substance hépatique et d'un volume moindre de moitié. La malade avait succombé à un *carcinome du foie.*

III. M. Jouin signale une seconde autopsie d'une femme morte dans le service de M. Duguet et chez laquelle le diagnostic était resté indécis.

A l'autopsie on trouve *un cancer du foie* et un kyste hydatique de même origine pouvant contenir 3 litres de liquide.

Observation XXV.

(MM. Dupré et Devaux. *Soc. anat.*, 22 juin 1900, p. 611).

Kyste hydatique du foie. Cancer du foie.

Le malade, âgé de 66 ans, entre à l'hôpital le 6 mai 1900 pour une toux rebelle, durant 1 mois 1/2 et accompagnée d'amaigrissement.

Dans ses antécédents, à côté des signes d'*intoxication alcoolique manifeste*, il présente des symptômes péritonéaux, qui ont attiré son attention il y a 3 ans. A cette époque, le ventre augmentait brusquement, en même temps qu'apparaissaient des phénomènes digestifs consistant en diarrhée et vomissements.

Cet état dure quelques jours, et le malade reprend son travail. Des crises semblables se reproduisent deux fois, toujours avec augmentation du ventre, diarrhée, vomissements durant de quelques jours à une semaine et laissant après elles un endolorissement et de la dilatation de l'abdomen.

Le malade toussait depuis longtemps, et lorsque nous le vîmes à l'hôpital, il avait l'aspect d'un tuberculeux avancé, très cachectique, ayant un peu d'œdème aux jambes avec une température assez élevée.

Toux fréquente et opiniâtre ; l'examen de l'appareil pulmonaire montre la présence d'une caverne au sommet gauche avec infiltration du sommet droit et des deux bases.

La palpation, complètement indolore, permet de reconnaître l'existence du liquide et révèle l'existence d'une tumeur, qui, ayant les dimensions d'une mandarine, est très mobile ; il fuit dans la profondeur dès que la main arrive vers l'abdomen. On peut, en la maintenant appuyée contre l'arcade fémorale, se rendre compte que sa surface est lisse en avant, présente quelques bosselures en arrière, grosses comme une noisette, mates, dures, rénitentes. La tumeur n'occasionne ni troubles, ni douleurs.

Le foie est normal. La rate n'est pas perceptible. Les urines sont rares, non albumineuses.

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade se cachectise de plus en plus. La diarrhée abondante ne cède ni au bismuth, ni à l'opium. Dans quelques jours survient un épanchement pleural, œdème et le malade meurt dans le subdelirium.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on voit la tumeur appliquée contre la face externe du feuillet pariétal du péritoine. A la coupe de cette tumeur il s'écoule 50 gr. d'un liquide clair et on voit nettement contenues dans une coque fibreuse des vésicules hydatides, les unes pleines, les autres vides, entourées de mem-

branes plissées, assez nombreuses. Dans l'épiploon sur le bord inférieur à gauche, on trouve une autre tumeur qui contient des hydatides mortes.

Sur le bord du mésentère se trouve encore un kyste hydatique. Le *foie* n'est pas hypertrophié, sa *surface est criblée de noyaux cancéreux* blanchâtres, aussi nombreux à la face supérieure qu'à l'inférieure, manquant toutefois au niveau du hile.

A la coupe, ils sont blanchâtres, assez mous, quelques-uns ramollis au centre.

Sur la face supérieure du lobe gauche l'un d'eux attire particulièrement l'attention ; il est moins saillant, plus dur, des masses calcaires rendent sa section difficile à la coupe, rappelle l'aspect des autres kystes hydatiques avec cependant des masses calcaires plus abondantes. La rate est grosse ; les reins sont petits avec substance corticale un peu atrophiée. A l'examen du thorax on trouve un épanchement fibrineux à droite, sur la face externe et sur la coupe se montrent de nombreuses granulations bacillaires et au sommet gauche une vaste caverne.

Quelques plaques d'adhérence sur la face externe de l'aorte. Rien aux autres organes.

Obervation XXIV.

(Gallard, *Soc. méd. des hôpitaux*, 13 novembre 1874, p. 268 et Longuet, *Gazette hebdomadaire*, 1874, p. 774).

Kyste hydatique et cancer du foie, cirrhose hypertrophique et lithiase biliaire.

W..., 50 ans, entrait en 1873, dans le service de M. Gallard ; n'a jamais été malade jusqu'à 1867, mais a fait fréquemment des excès alcooliques. En 1867, premiers symptômes de son kyste hydatique, caractérisé par une tuméfaction dans la région du foie, qui s'accompagnent des troubles digestifs. Mais jusqu'à 1872, il ne détermine pas d'autres symptômes que ces troubles digestifs et un amaigris-

sement lent. Le malade continue ses habitudes alcooliques. En 1872, ictère intense et passager. En 1873, premier séjour dans le service de M. Gallard, où le kyste hydatique est traité par la méthode de Récamier, et au bout de deux mois, le malade peut sortir de l'hôpital.

Il rentre en mars 1874, avec une hernie de la paroi au niveau de la cicatrice. Il revient de nouveau en octobre avec recrudescence des douleurs ayant présenté le caractère des coliques hépatiques et ictère consécutif. A son entrée, ictère généralisé, selles argileuses, douleurs vives au niveau du foie et particulièrement de la vésicule ; l'état ne s'aggravant les jours suivants et le malade meurt le 10 novembre.

A l'autopsie, le lobe gauche du foie est presque complètement atrophié du fait d'une scléorose très marquée. Le lobe droit hypertrophié, à sa face convexe couverte de taches blanches jaunâtres, que l'examen miscrocopique montrait être des noyaux d'épithelium. La vésicule a ses parois dures et épaissies, remplie de mucus filant jaunâtre au niveau duquel on trouve un calcul biliaire gros comme une petite noix.

Pancréas volumineux, rate volumineuse.

Examen microscopique. — Montre l'existence d'une cirrhose revêtant les caractères de la cirrhose atropique pour le lobe gauche, hypertrophique pour le lobe droit avec abcès parenchymateux surajouté. La vésicule biliaire a également ses tuniques épaissies et enflammées. Il y a en plus un épitheliome à cellules cylindriques développé aux dépens parenchyme du lobe droit et dont le diagnostic a été vérifié par MM. Malassez et Ranvier. En résumé, cette observation montre donc la coexistence d'un kyste hydatique du foie avec une cirrhose très développée, avec de la lithiase et avec un cancer du foie.

§ V. — **Interprétation de ces coïncidences.**

Il n'est pas douteux, d'après les observations que nous avons relatées, que la coexistence du kyste hydatique du foie avec d'autres affections hépatiques est relative-

ment fréquente. La conception que nous avons déjà développée et qui admet l'antériorité de la cholémie familiale aux kystes hydatiques du foie dans bon nombre de cas, permet d'expliquer ces coïncidences. Toutes les affections que nous venons d'énumérer comme pouvant coexister avec les kystes hydatiques se développent en effet, elles aussi, sur le terrain de la cholémie familiale. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce qu'elles s'observent simultanément au kyste hydatique du foie.

Les cirrhoses biliaires sont actuellement reconnues comme étant la conséquence d'une infection ascendante des germes venus de l'intestin, mais ne se développent, d'après MM. Gilbert et Lereboullet, que chez des sujets héréditairement prédisposés (1). Elles appartiennent au même groupe morbide d'infection chronique des voies biliaires que la cholémie familiale, ne présentant qu'un degré plus ovancé dans cette échelle d'infections chroniques des voies biliaires que MM. Gilbert et Lereboullet ont groupé dans le nom de famille biliaire

Les recherches de ces auteurs faites sur un grand nombre de malades atteints de cirrhose biliaire, ont mis en évidence chez eux la préexistence à la cirrhose biliaire de la cholémie familiale révélée par de nombreux symptômes qu'il faut savoir rechercher. Ils ont montré de plus, que la recherche des antécédents familiaux, laquelle pouvait être faite avec une suffisante précaution, donnait des résultats probants en faveur du rôle de la prédisposition héréditaire.

Il n'est donc nullement surprenant que cirrhose

(1) Lereboullet. Thèse de Paris, 1902.

biliaire et kyste hydatique se développant sur le même terrain coexistent parfois. De même que les cirrhoses biliaires, la lithiase biliaire relève de l'infection ascendante des voies biliaires par des germes venus de l'intestin, germes pouvant d'ailleurs préexister depuis longtemps dans les voies biliaires, comme le prouvent les recherches, de MM. Gilbert et Lippmann, sur le microbisme normal-anaérobie de voies biliaires.

La lithiase biliaire d'origine infectieuse se développe elle aussi sur un terrain spécial qui est celui de la cholémie familiale. Il est donc naturel que la constatation de calculs biliaires soit fréquemment faite à l'autopsie de sujets atteints de kyste hydatique du foie. Mais les recherches de MM. Gilbert et Lereboullet ont récemment montré, comme nous l'avons dit dans notre premier chapitre, que la notion de la cholémie familiale éclairait également l'étiologie des affections hépatiques proprement dites. La plupart des cas de cirrhoses alcooliques atrophiques et hypertrophiques observés par ces auteurs se sont développés chez les sujets chez qui ils ont pu par l'interrogatoire et l'examen affirmer l'antériorité de la cholémie familiale. C'est encore par l'interrogatoire et l'examen, qu'ils ont pu relever l'existence des différents symptômes de la cholémie familiale longtemps avant l'apparition des premiers signes d'un cancer primitif du foie. Il est aisé de comprendre dès lors pourquoi un cancer du foie un cirrhose ont été observés simultanément aux kystes hydatiques du foie pourquoi même dans certains cas, comme celui de Gallard, cancer, cirrhose, lithiase et kyste s'étaient développés chez un même sujet Et ces constatations ainsi expliquées, apportent un argu-

ment de plus à l'appui de la notion d'un terrain hépatique facilitant le développement du kyste hydatique, terrain dont la notion est fournie par la cholémie familiale antérieure.]

CHAPITRE V

Pathogénie. — Le terrain hydatique.

L'ensemble de faits que nous avons rapportés : faits de cholémie familiale précédant l'apparition du kyste hydatique, faits de coexistance du kyste hydatique avec maladies du foie se développant sur le terrain de la cholémie familiale, montre donc bien que dans nos pays du moins, le kyste hydatique du foie se développe sinon exclusivement, du moins le plus souvent sur un terrain spécial.

Cette notion d'un terrain hydatique peut, au premier abord surprendre, étant donné la netteté de l'étiologie parasitaire du kyste. Mais, nous avons dit dans notre deuxième chapitre comment la simple notion du parasite était insuffisante, pour expliquer, étant donné la fréquence de la contamination, la rareté relative des kystes hydatiques. Nous avons rappelé qu'un parasite pouvait nécessiter pour son développement des conditions de développement spécial ; l'exemple en est fourni par le bacille de la tuberculose. Si la théorie parasitaire est aujourd'hui reconnue de tous, on s'accorde néanmoins à admettre un terrain tuberculeux, diversement interprété, mais reconnu nécessaire dans bon nombre de cas au développement de la tuberculose pulmonaire sous l'in-

fluence des causes ou contagion auxquelles nous sommes tous journellement exposés.

C'est la transmission héréditaire de ce terrain qui justifie la doctrine de l'hérédité tuberculeuse, le plus souvent hérédité de terrain et non hérédité de graisse. Il est toutefois reconnu que ce terrain tuberculeux n'est pas indispensable dans certaines conditions étiologiques et que s'il y a contamination massive et incessamment répétée, la tuberculisation du sujet contaminé est la règle. L'exemple rappelé à ce propos par MM. Gilbert et Lereboullet des tuberculoses conjugales montre sans cesse la justesse de cette règle ; la contamination incessante et massive d'un conjoint par l'autre explique qu'il devienne à peu près certainement tuberculeux et cela qu'il y ait ou non prédisposition.

Il s'agit alors de véritables tuberculoses d'inoculation, comparables aux tuberculoses expérimentales, qui, pour peu que la dose inoculée soit suffisante ne restent jamais négatives.

La contagion de la tuberculose dans des conditions analogues à celles de la tuberculose conjugale, est la règle, mais elle n'exclue pas l'existence d'un terrain tuberculeux pour les cas nombreux où ces conditions ne se retrouvent pas.

Il en est absolument de même en matière de kyste hydatique et il est facile de concevoir que le parasile du kyste hydatique du foie plus élevé dans son organisation que le bacille tuberculeux, nécessite plus encore que lui des conditions de terrain favorables à sa genèse. Dans les pays comme le nôtre, où la contamination par les hydatides, quoique relativement fréquente ne se fait que de

manière intermitente et pour ainsi dire à petites doses, un terrain hydatique, est nécessaire. Mais il devient inutile, lorsque comme en Islande et d'autres régions, l'extrême fréquence de l'échinoccus chez le chien et le genre de vie des habitants soumis à une contamination incessante suffisent à eux seuls à expliquer l'apparition des kystes hydatiques du foie (1). Il s'agit là de constatations en tous points comparables à celles où se développent les tuberculoses conjugales, ou bien à celles ou du fait de la misère ou de l'agglomération la contagion de la tuberculose encore se ravage. Au contraire, dans les conditions ordinaires de nos pays, un *terrain hydatique* est nécessaire, de même que dans les conditions ordinaires sur terrain tuberculeux, est nécessaire et ce terrain, comme l'ont montré MM. Gilbert et Lereboullet et comme nous espérons, après eux, avoir contribué à l'établir, consiste en une altération du foie, favorable à l'arrêt et au développement du *parasite hydatique*, altération dont cliniquement la présence des symptômes de la cholémie familiale d'affirmer l'existence (2).

(1) Le genre de vie des habitants et le degré de misère paraissent jouer alors un grand rôle et récemment M. S. Bjarnhjedinson a montré que l'echinococcose en Islande est tout particulièrement fréquent chez les lépreux : Sur 52 autopsies pratiquées à la léproserie de Reykjavick, l'auteur a trouvé 18 fois les kystes hydatiques et cela une proportion de près de 35 °/₀, alors qu'on admet actuellement que pour l'ensemble de la population, cette proportion ne dépasse pas 1 °/₀. Pour M. Bjarnhjedinson, ce résultat tiendrait simplement à ce que la lèpre sévit surtout dans la classe misérable, la moins intelligente, la moins propre de la population, celle par conséquent qui s'expose le plus à l'infection d'origine canine (*Semaine médicale*, 1905).

(2) L'action toxique de la bile à l'égard du parasite échinococcique ne peut être invoquée pour refuser à la cholémie familiale et aux autres maladies biliaires le rôle de cause prédisposante. Récemment, Devé a montré combien peu il fallait tenir compte du rôle nocif de la bile à l'égard des hydatites et a même signalé la possibilité d'une échinococcose secondaire, développée dans les canaux biliaires (*Société de Biologie*, 11 février 1905).

Cette notion nouvelle n'exclut nullement le rôle possible d'autres conditions prédisposantes, susceptibles d'intervenir secondairement comme le traumatisme, et elle permet de comprendre pourquoi le kyste hydatique du foie est fréquemment associé à une autre affection hépatique, telle qu'une cirrhose biliaire, les affections liées sous l'influence d'une même cause prédisposante pour suivre l'évolution parallèle.

CONCLUSIONS

I. Le rôle du terrain dans la genèse de certaines affections du foie est manifeste. Les cirrhoses alcooliques et le cancer du foie se développent ordinairement sur le terrain de la cholémie familiale, comme l'ont récemment montré MM. Gilbert et Lereboullet. A ces affections, on doit joindre les kystes hydatiques du foie qui ne se développent souvent, eux aussi, que chez des sujets antérieurement prédisposés par la cholémie familiale.

II. La notion de l'étiologie parasitaire des kystes hydatiques du foie ne suffit pas à elle seule à expliquer pourquoi, malgré la fréquence relative des causes de contamination, les kystes hydatiques sont dans nos pays relativement rares, et elle permet de poser la question d'un terrain spécial facilitant l'arrêt et le développement du parasite dans le foie.

III. Or, l'observation clinique montre que, pour peu qu'on recherche avec soin les antécédents personnels et familiaux des malades atteints de kyste hydatique du foie, on peut constater chez eux l'existence de signes de cholémie familiale antérieurs aux premiers symptômes du kyste hydatique du foie.

IV. Il est en outre établi que les kystes hydatiques du foie peuvent parfois s'observer associés à d'autres affec-

tions du foie : cirrhose biliaire, cirrhose alcoolique, cancer du foie, lithiase biliaire.

Ces affections se développent, elles aussi, sur le terrain de la cholémie familiale ; ces faits de coexistence apportent un argument de plus à l'appui du rôle joué par la cholémie familiale comme cause prédisposante dans le développement du kyste hydatique du foie.

V. Cette notion nouvelle dans l'étiologie du kyste hydatique du foie ne doit pas surprendre, et se rapproche de ce que l'on sait actuellement des conditions étiologiques de la tuberculose. Celle-ci ne se développe, le plus souvent, qu'à la faveur d'un terrain tuberculeux, réserve faite des cas dans lesquels, du fait d'une contamination massive et incessamment répétée, la tuberculose survient presque nécessairement comme lors de tuberculose conjugale ; de même les kystes hydatiques peuvent, comme en Islande, se développer en dehors de toute prédisposition, du fait de la multiplicité des causes de contamination ; mais souvent aussi, et notamment dans nos pays, un terrain hydatique (Gilbert et Lereboullet) paraît nécessaire à l'arrêt et au développement du kyste hydatique, terrain que la notion de la cholémie familiale permet de mettre en lumière.

Vu :
Le Président de la Thèse,
GILBERT.

Vu :
Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Afezou. *Société anatomique*, 30 avril 1875, p. 303.

Blanchard (R.). *Rapport à l'Académie de médecine*, 6 décembre 1904.

Bouisson. *Société anatomique*, 11 mars 1887.

Brouardel et **Gilbert**. *Traité de médecine et de thérapeutique*, t. V, art. Gilbert et Surmont.

Caron. *Société anatomique*, septembre 1842, p. 247.

Charcot, Bouchard et **Brissaud** *Traité de médecine*, 2e éd., t. V, art. Chauffard.

Devé. *De l'échinoccocose secondaire*. Thèse de Paris, 1901.

Dupré et **Devaux**. *Société anatomique*, 22 janvier 1900, p. 11.

Ferrand. *Société méd. des hôp.*, 9 novembre 1894, p. 788.

Florand. *Société anatomique*, 1886.

Font-Reault. *Société anatomique*, 10 novembre 1865, p. 646.

Gilbert et **Herscher**. Origine rénale de l'urobiline. *Société de Biologie*, 22 janvier 1902.

Gilbert, Herscher et **Posternak**. La réaction de Gmelin dans les milieux alcalins. *Société de Biologie*, 2 mai 1903.

— Sur la signification de l'anneau bleu produit dans la réaction de Gmelin dans certains sérums. *Société de Biologie*, 2 mai 1903.

— Sur un procédé de dosage de la bilirubine dans le sérum sanguin (choleminétrie). *Soc. de Biol.*, 12 déc. 1903.

Gilbert et **Lereboullet**. Contribution à l'étude de la famille biliaire des ictères acholuriques simples. *Société médicale des Hôpitaux*, 2 novembre 1900, p. 1057. *Gaz. hebd.*, 11 nov. 1900.

— Ictère acholurique à forme dyspeptique. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 17 mai 1901.

— Cholémie simple familiale. *Semaine médicale*, 24 juillet 1901. *Gaz. hebd.*, 21 septembre 1902.

— La mélanodermie d'origine biliaire. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 2 mai 1902.

— Le pseudo-ulcère stomacal d'origine biliaire. *Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 25 juillet 1902.

— L'urobilinurie dans la cholémie familiale. *Comptes-rendus à la Société de Biologie*, 26 juillet 1902.

Gilbert et Lereboullet. Cholémie familiale à forme hémorragique. *Société médicale des Hôpitaux*, 27 décembre 1901.

— Flux bilieux dans la cholémie familiale. *Société médicale des Hôpitaux*, 25 juillet 1902.

— Des hémorragies dans l'ictère acholurique simple. *Soc. méd. des hôpitaux*, 15 mars 1901. *Gaz. hebd.*, 21 mars 1901.

— Contribution à l'étude de l'ictère acholurique simple. Des cholémies anictériques. Ictère acholurique simple à forme dyspeptique. *Soc. méd. des hôpitaux*, 17 mai 1901.

— Urticaire et prurigo d'origine biliaire. *Société de Biologie*, 26 juillet 1902.

— Cholémie familiale et cirrhoses alcooliques. *Comptes-rendus à la Société de Biologie*, 14 novembre 1903.

— Cancer primitif du foie et cholémie familiale. *Comptes-rendus à la Société de Biologie*, 3 décembre 1904.

— Kystes hydatiques du foie et cholémie familiale. *Comptes-rendus à la Société de Biologie*, 1er avril 1905, p. 571.

— Note sur la psychologie des cholémiques. *Soc. méd. des hôpitaux*, 31 juillet 1903.

— La neurasthénie biliaire. *Soc. méd. des hôp.*, 31 juillet 1903.

— L'origine biliaire de la mélancolie. *Soc. méd. des hôp.*, 31 juillet 1903.

Gallard. *Société médicale des Hôpitaux*, 1874, p. 268.

Galliard. *Archives générales de Médecine*, avril 1890.

Habrau. *Société anatomique*, juillet 1868, p. 43.

Hanot. *Semaine médicale*, 1893, p. 209.

Hanot et Gilbert. *Etude sur les maladies du foie*, note. p. 62.

Herscher. *Origine rénale de l'urobiline*, Thèse de Paris, 1903. G. Steinheil, éditeur.

Jean et Sapelier. *Société anatomique*, 10 février 1882, p. 99.

Lejuge. *Société anatomique*, avril 1857, p. 122.

Lereboullet. *Les cirrhoses biliaires*. Thèse de Paris, 1902.

Leflaive. *Société anatomique*, 23 juillet 1886, p. 506.

Lemaître. *Société anatomique*, 5 avril 1850, p. 107.

— *Société anatomique*, février 1864.

Lortat-Jacob. *Société anatomique*, 5 janvier 1900, p. 75.

Murchison. *Leçon sur les maladies du foie*, traduct. Cyr, p. 579.

Stanhewitz. *Cholémimétrie*. Th. de Paris, 1903.

Thiery (Paul). *Société anatomique*, 19 avril 1889, p. 317.

Voisin. *Société anatomique*, avril 1857, p. 132.

Vermorel. *Société anatomique*, 30 mars 1894, p. 272.

Saint-Brieuc. — Typ. F. Guyon, rue de la Préfecture. — (1158-5-6).

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE